

## **Tulburare depresivă recurentă episod ușor: studiu de caz**

**Iachim Lilia, ULIM, IMSP SCRP**

**Calancea Veronica, ULIM, IMSP SCR**

### **SUMMARY**

*An important requirement needed to achieve the successful result in this activity of a clinical psychologist is collaboration with psychiatrist, especially in those cases when questions of differential diagnosis arise. In general, the scope of psychodiagnostics finds itself in the fact that clinical psychologist is participating in establishing the functional diagnosis in patients receiving psychiatric care. Together with a physician (psychiatrist, therapist, primary care physician), being a consultant in the therapeutic team, clinical psychologist takes part in treatment decisions and rehabilitation of patients in mental health and general health troubles in remission phases in cases when development of these pathologies is based on psychosocial factors – the fact being of primary importance.*

Pentru societatea actuală dezorganizarea psihică reprezintă una dintre principalele probleme medicale și sociale, care se conturează atât sub formă de nevroze cărora le este specifică somatizarea tablourilor clinice, cât și sub forma bolilor psihice.

Ignorarea legăturii dintre psihologia și psihiatrie a fost greșită. Fundamentarea lor cuprinde trei aspecte:

- implicarea teoriei psihologice în studiul general despre bolile psihice;
- dezvoltarea și valorificarea studiilor experimentale în cunoașterea bolilor psihice concrete;
- participarea psihologilor la îndeplinirea sarcinilor practice și a deciziilor din cadrul clinicii psihiatrice.

Din psihiatrie au venit majoritatea informațiilor psihologiei clinice, psihiatrii fiind acei care au realizat apropierea dintre medicina somatică și medicina faptelor clinice. Analiza principalelor orientări și curente din psihologia clinică actuală constată că acestea „au elemente comune în raporturile lor cu psihiatria”.

Se constată că obiectul de studiu al psihiatriei ca și al psihologiei clinice îl constituie persoana care prezintă manifestarea psihopatologică, cu anxietățile, ambiguitățile și contradicțiile sale. Astfel are loc deschiderea psihiatriei către personologie, care îi permite să abordeze omul bolnav în universul său structural, în relațiile sale cu istoria și motivațiile personale. Studiile de psihologie clinică au orientat observația psihiatrică asupra semnificațiilor personale, ale unor aspecte ale mediului psiho-social, a factorilor psihostresanți și psihotraumatizanți.

Studiul științific al psihiatriei contemporane se apropie de acela al psihologiei, ambele implicând în demersul lor epistemologic particularitățile psiho-umane[2].

Este evident că, odată cu dezvoltarea și penetrarea de tehnici psihologice în toate aspectele procesului de diagnostic și tratament, se îmbunătățesc și algoritmi de cercetare patopsihologică.

O cerință importantă pentru a asigura calitatea de această parte a activității unui psiholog clinic este colaborarea cu psihiatrul atunci când acesta pune în fața psihologului problema de diagnostic diferențial.

Cele mai frecvente variante ale sarcinilor stabilite către psiholog, sunt întrebările de diagnostic psihologic diferențial al persoanelor nonpsihotice, tulburărilor de personalitate (F60-F69), tulburărilor schizotipale endogene (F20-F29) și tulburărilor depresive (F30-F39); clarificarea rolului factorilor organici în stabilirea mecanismelor de apariție și dezvoltare a bolii.

În general, sarcina de psihodiagnostic constă în faptul că un psiholog clinic este implicat în stabilirea diagnosticului funcțional al pacienților care primesc ajutor psihiatric.

Împreună cu medicul (psihiatru, terapeut, internist), ca un consultant sau angajat al echipei terapeutice, un psiholog clinic este implicat în tratamentul și reabilitarea pacienților cu tulburări mintale și fizice în stadiul de remisie și cu alte tulburări, unde dezvoltarea cărora joacă un rol important factorii psihosociali [3].

Tulburarea depresivă se caracterizează prin episoade repetate de depresie așa cum sunt descrise la episodul depresiv (F32.), fără vreun istoric de episoade independente de ridicare a dispoziției și energie crescută (manie). Totuși, pot exista episoade scurte de ridicare ușoară a dispoziției și supra-activitate (hipomanie) imediat după un episod depresiv, uneori precipitat de tratamentul antidepressiv. Formele mai severe de tulburare depresivă recurentă (F32.2 și F33.3) au mult în comun cu conceptele anterioare, cum ar fi depresia maniaco-depresivă, melancolia, depresia vitală și depresia endogenă. Primul episod se poate produce la orice vârstă, de la copilărie la vârsta înaintată, debutul poate fi sau acut sau insidios, iar durata variază de la câteva săptămâni la multe luni. Riscul ca un pacient cu o tulburare depresivă recurentă să aibă un episod de manie nu dispare niciodată complet, totuși au fost experimentate multe episoade depresive. Dacă se produce un asemenea episod, diagnosticul ar trebui să fie schimbat cu cel de tulburare afectivă bipolară (F31.). Include: episoadele recurente de reacție depresivă, depresie psihogenă, depresie reacțională, tulburarea depresivă sezonieră. Excluză: episoadele depresive de scurtă durată recurente (F38.1). F33.0 este o tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor: o tulburare caracterizată prin episoade repetate de depresie, episodul prezent fiind ușor, și fără vreun istoric de manie.

**Material și metode.** S-a efectuat consultația psihologică cu aplicarea metodelor de psihodiagnostic:

- Autoaprecierea stărilor psihice după H.Eysenck [4];
- Ancheta evaluării calității vieții SF-36 realizat în scopul identificării indicilor vizați și a aprecierii influenței lor asupra a două componente a sănătății : fizică și psihică, precum și asupra subcomponentelor întrunite în opt parametri, cunoscuți în componența chestionarului pentru determinarea calității vieții;
- Manifestarea tipurilor de agresivitate Buss-Darky (adaptare G.A.Țukerman), care diferențiază manifestările agresivității și permite delimitarea următoarelor tipuri de reacții corespunzătoare parametrilor apreciativi [5];
- agresivitate fizică, 2) agresivitate indirectă, 3) iritare, 4) negativism, 5) supărare, 6) suspiciune (dubiositate), 7) agresivitate verbală, 8) culpabilitate (sentimentul de vină).
- Locus de control (J.Rotter), conține 60 de itemi [4];
- Scala de stres (Holmes și Rahe), cuprinde o serie de evenimente de viață, care la rindul lor sunt cuprinse în 4 categorii („starea sănătății”, „munca”, „personal și social” și „casa și familia”), fiecare eveniment având alocate un număr de puncte care cuantifică riscul [1];
- Scala percepției stresului (Cohen și Williamson), care explorează sentimentul subiectiv de stres resimțit, adică modul în care evaluăm stresul [1];
- Scala de coping, COPE (Carver&Skheier&Weintraub ), integrează modelul stresului, care vizează 14 forme de Coping, care pot avea un caracter preponderent activ sau pasiv [1];

Istoric: Pacienta are vârsta de 33 ani, cu gradul II de invaliditate.

Anamneza: Antecedente heredo-colaterale fără importanță psihiatrică. Născută în familie din doi copii. Perioadele precoce de dezvoltare au evaluat fără particularități. Școlarizată la vârsta de 7 ani, manifesta reușită satisfăcătoare. Studii medii 10 clase, apoi a făcut studii la Universitatea Pedagogică, dar la cursul I a abandonat studiile, din motive financiare. A activat în calitate de muncitoare, din 2013 este pensionată medical gr II. Nu a fost căsătorită, copii nu are. Starea psihică, din spusele pacientei s-a schimbat în 2003 când au apărut tulburări hipnice, a devenit mai pasivă, retrasă. În 2007 pentru prima dată s-a adresat la neurolog cu cefalee, vertije, slăbiciuni generale, lipsa apetitului alimentar. Din spusele pacientei, după tratament efectual, sa simțit mai bine. În 2010 s-a adresat la psihiatru, după o situație psihotraumatizantă, a devenit pasivă, nu se isprăvea cu lucrul, mereu se afla în singurătate, acuza frică și neliniște. Primar internată în SCRP în 2010, apoi 2012.

Catamneza: După externare a locuit de una singură, se ocupa cu gospodăria. Tratament de întreținere a urmat. Starea psihică s-a schimbat ultimele 2-3 luni, a devenit irascibilă, plângăreață, au apărut frica, neliniștea, senzații neplăcute în regiunea sternală, a scăzut apetit alimentar, au apărut tulburări hipnice. A fost consultată de către psihiatru, i s-a recomandat tratament în condiții de staționar.

Starea somatică: Acuză dureri spastice în regiunea occipitală, vertije, apetit alimentar scăzut, insomnie. De statură normostenică. Tegumentele și mucoasele vizibile curate, aparent intacte. Ganglioni limfatici periferici nepalpabili. Sisteme osteo-articular și muscular integre, funcționale. În plămâni murmur vezicular. Zgomotele cardiace ritmice, sonore. Pulsul 74 b/min. T/A 110/70 mm Hg, abdomenul moale, indolor. T 36,6<sup>0</sup>C.

Starea neurologică: ROT vii, simetrice, pupile rotunde, egale. Reacții fotopupulare prezente. Mersul stabil, echilibrat. În poziția Romberg - stabilă.

Starea psihică: Din discuții rezultă că conștiința este fără tulburări, corect orientată temporo-spațial, cooperantă. Examenul exterior evidențiază ținută și vestimentație îngrijite, facies și privirea tristă, ușor se afectează, plânge. Din spusele pacientei, starea psihică s-a agravat ultimele 2-3 luni, au apărut stări de anxietate, frică pronunțată (să teme să rămână singură) care sunt însoțite de senzații neplăcute în tot corpul, senzații de „nod” în gât, tremor, transpirație, palpitații. A menționat, că nu are dorință de a face ceva, tot timpul îl petrece în limitele patului, a devenit pasivă, necomunicabilă. A relatat că cefaleele au devenit permanente, semnificativ a scăzut capacitatea de a se concentra, a scăzut memoria. Somnul nocturn superficial, cu dese treziri, durata somnului 3-4 ore, dimineața se simte obosită. În discuție cu medicul este pasivă, la întrebări răspunde în plan. Vorbirea este clară, lentă. Pacienta roagă să fie ajutată, dorește să se trateze în condiții de staționar.

Concluzii: Luând în considerație datele anamnestice (aparitia simptomatice depressive, după o situație psihotraumatizantă), tabloul clinic în prezent (tulburări ale dispoziției – hipertimie; tulburări de gândire – bradipsihie, hipoprosexie, hipermnezie selectivă însoțită de ruminații, tulburări hipnice), ne permite de a stabili următorul diagnostic: (F-33.1) Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat.

Examinarea psihologică:

- *Autoaprecierea stărilor psihice după H.Eysenck:* anxietate (13) medie, frustrare (14) medie, agresivitate (12) medie, rigiditate (17) înaltă;
- *Ancheta evaluării calității vieții SF-36:* percepția propriei stări de sănătate 35,0 (norma 45-60); limitarea activității fizice precum plimbatul, sportul, scăldatul 60,0 (norma 30-35); probleme la locul de muncă sau în activitatea cotidiană produse de boală 0 (norma 25-35); probleme în activitatea cotidiană produse de tulburări în sfera emoțională 35,0

(norma 5-25); măsura în care starea de sănătate interferează cu viața socială normală 48,0 (norma 45-65); intensitatea durerii fizice sau limitările induse de durere 41,0 (norma 50-75); nivelul de energie 75,0 (norma 50-60); statusul sănătății psihic 0 (norma 30-40); componenta fizică generală 43,7 (norma 40-45); componenta psihică generală 49,0 (norma 30-35);

- *Manifestarea tipurilor de agresivitate Buss-Darky (adaptare G.A.Țukerman)*, rezultatul mediu fiind – 3 : agresivitatea fizică (3); agresivitatea indirectă (4); iritare (5); negativism (0); supărare (1); suspiciune (2); agresivitate verbală (3); sentimentul culpabilității (1);
- *Locus de control (J.Rotter)* – extern (18), nu crede că poate controla determinarea situațiilor;
- *Scala de stres (Holmes și Rahe)* – 190, criză ușoară de viață;
- *Scala percepției stresului (Cohen și Williamson)* – 47 (max.50), nivelul stresului înalt;
- *Scala de coping*: Copingul Activ - vizează acțiunile concrete ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale; este o formă de acțiune conștientă de intensificarea efortului în vederea ameliorării sau ajustării la stresor (13, max. 16); Planificarea - se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune (12, max. 16); Eliminarea activității concurente - evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică pentru a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei (14, max. 16); Reținerea de la acțiune, măsoară opusul tendințelor impulsive și premature de a acționa chiar dacă situația nu o permite; este o formă de coping activ în sensul focalizării pe stresor, dar în același timp o strategie pasivă, pînă în momentul cînd circumstanțele vor permite acțiunea (13, max.16); Căutarea suportului social instrumental - evaluează tendința de a solicita sfaturi informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației, este considerată a fi o formă de Coping activ (12, max.16); Căutarea suportului social emoțional - itemii identifică în ce măsură persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude, colegi pentru a diminua distresul, este o forma de coping focalizată spre emoții (10, max.16); Reinterpretarea pozitivă - identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul ci poate fi și punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului (12, max.16); Acceptarea - vizează una din cele 2 situații: acceptarea realității factorilor amenințători în vederea acționării asupra lui și sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru a ameliora situația (15, max.16); Negarea - se referă la refuzul de a crede că stresorul exista sau la acțiunile întreprinse care ignoră

stresorul ca și cum nu ar fi real; deși în mod tradițional negarea este inclusă în categoria mecanismelor defensive, Carver și Colab consideră utilă includerea negării în strategiile de coping (6, max.16); Descărcarea emoțională – scala pune în evidență tendința persoanei de-a reduce nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative (12, max.16); Orientarea spre religie - se referă la măsura în care subiectul apelează în momentele nesigure la ajutorul din partea divinității; autorii chestionarelor apreciază că orientarea spre religie este o strategie de coping cu funcții multiple: poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ cu un stresor (16, max.16); Pasivitatea mentală - scala identifică tactica folosită de anumite persoane în scopul de a evita confruntarea cu problema; pasivitatea mentală are loc prin „imersia” în alte activități: vizionarea de filme și spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor, somn etc; este tendința opusă suprimării altor activități și pentru a se concentra la situația problematică (9, max.16); Pasivitatea comportamentală - evaluează tendința de răspuns la stres prin reducerea efortului sau chiar abandonarea angajării în atingerea scopului sau înlăturarea stresorului care interferează cu scopul; pasivitatea comportamentală ca strategie de coping este similară conceptului de neajutorare (11, max.16); Recurgerea la alcool - medicamente - itemul identifică propensiunea de a apela la medicație anxiolitică sau la alcool pentru înlocuirea stărilor de disconfort psihic rezultate din confruntarea cu situația amenințătoare (4, max.16).

*Concluzia examinării psihologice:* Astfel la momentul actual, generalizând rezultatele primite, putem constata autoaprecierea stărilor psihice având un nivel mediu de anxietate, frustrare, agresivitate și nivel înalt de rijiditate. În autoaprecierea calității propriei vieți se manifestă instabilitate cu tendință spre supraapreciere. Se află într-o criză ușoară de viață cu manifestarea stării stresante la un nivel înalt. Mecanismele de coping au un nivel mediu, ceea ce denotă că, nivelul de adaptare în diferite situații stresante este în limita normei cu prioritatea de coping orientat spre religie. Locusul de control extern îi scade încrederea în forțele proprii, ceea ce este ca o barieră în determinarea situațiilor de moment.

*Recomandările psihologice:* Efectuarea ședințelor de psihocorecție a sferei afective și cognitive, concomitent cu tratamentul medical indicat de medicul psihiatr curant.

*Concluzii:* Un psiholog clinic este mai puțin interesat de istoria și originile manifestării patologice existente. Pentru psiholog principala întrebare este: cum în prezența unor condiții anumite se realizează diverse funcții? Ținta de lucru al unui psiholog devin mecanismele de reproducere a problemelor la diferite nivele de funcționare a individului, mecanismele de

realizare a capacităților umane. Prin urmare, scopul terapiei clinice este vindecarea persoanei, scopul terapiei psihologice - aplicarea mai completă a capacităților sale [3].

### **Bibliografia**

1. Legeron, P. Cum să ne apărăm de stres. București: Editura Trei, 2003. 342 p.
2. Minulescu, M. Introducere în Psihologia clinică. Bucuresti: Romania de maine, 2010. 193 p.
3. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. СПб.: Питер, 2010. 864 с.
4. Райгородский, Д.Я. 2004. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.* Самара: Изд. Дом «БАХРАХ – М », 672 с.
5. Столяренко, Л.Д. 2003. Основы психологии: Практикум. Ростов н/Д: Феникс, 704 с.