

STUDIUL UNOR PARTICULARITĂȚI ALE DEPRESIILOR SIMPTOMATICE*

dr. Gh. Grecu

Complexitatea morbidității prin variate stări depresive prezintă în ultimele decenii o semnificativă creștere, mai ales în țările dezvoltate, ceea ce a făcut din ele o temă de cercetare de mare actualitate. Aceste cercetări au drept scop elucidarea etiopatogeniei în vederea încadrării lor nosologice și a găsirii celor mai adecvate mijloace terapeutice. E și normal ca stările depresive, exteriorizate atît de sculptural (prin trăiri penibile cum ar fi: tristețea, vidul interior, inhibiția psihomotorie, singurătatea paralizantă, lipsită de speranțe, anxietatea, senzația inutilității și incurabilității, care uneori își pot găsi cea mai îngrozitoare expresie a disperării în preocupări și tentative de suicid) psihiatrii să le acorde o atenție mărită.

În cadrul acestei lucrări, pe baza materialului clinic, dorim să prezentăm unele particularități ale stărilor depresive, secundare unor îmbolnăviri somatice extracerebrale. De fapt, la marea majoritate a bolnavilor somatici întîlnim și unele tulburări afectiv-deprimante, mai mult sau mai puțin evidente, dar numai un număr restrîns din ei necesită un tratament de specialitate. În lucrarea de față ne vom ocupa tocmai de acești bolnavi cu „depresii simptomatice“ secundare unor îmbolnăviri extracerebrale care au necesitat un tratament de specialitate.

Material și metodă

La baza prezentei lucrări stau datele clinico-statistice ale unui număr de 224 de bolnavi cu depresii simptomatice, internați între anii 1960—1973 în Clinica de psihiatrie din Tîrgu-Mureș. Acești bolnavi reprezintă 9,69 % din totalul depresivilor internați în acest interval.

În vederea precizării diagnosticului maladiilor somatice, în afara examinărilor obișnuite de laborator, au fost efectuate și alte examinări paraclinice, cu ajutorul cărora s-a stabilit diagnosticul pozitiv al bolii de bază, care de fapt a favorizat sau declanșat starea depresivă.

Pe lîngă cele de mai sus am urmărit și alte aspecte, ca de exemplu creșterea frecvenței acestor depresii, repartizarea bolnavilor pe mediu social, sex, grupe de vîrstă de cite 10 ani, profesii, stare civilă, cît și analiza procentuală a maladiilor care au stat la baza acestor depresii.

Rezultate

Datele clinico-statistice, obținute într-un interval de 14 ani la cei 224 de bolnavi cu depresii simptomatice relevă faptul că frecvența lor a crescut de la 3,6 % în 1960, la 13,0 % în 1973.

* Lucrare comunicată la U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția de neurologie, psihiatrie și neurochirurgie, ianuarie 1974

Privind proveniența acestor bolnavi, 52,2 % sînt din mediul rural și 47,8 % din cel urban. În raport cu sexul, femeile prezintă majoritatea, 60,7 %, iar bărbații 39,3 %. Repartizarea bolnavilor cu depresii simptomatice pe grupe de vîrstă de cîte 10 ani relevă procentajul cel mai ridicat între 51—60 ani, vîrstă de la care acest procentaj scade în ambele sensuri.

Dintre maladiile somatice care au favorizat sau declanșat aceste depresii, pe primul loc se situează bolile infectocontagioase acute sau cronice, pe al doilea loc traumatismele și unele intervenții chirurgicale extracerebrale, urmate în ordine descrescîndă de: puerperiu, cardiopatii, toxicomanii și alte numeroase maladii rediate în tabelul de mai jos.

Tabelul nr. 1

Repartizarea procentuală a maladiilor extracerebrale întîlnite la cei 224 de bolnavi cu depresii simptomatice

Nr. crt.	Boala de bază extracerebrală	%
1.	Boli infectocontagioase	16,43%
2.	Traumatisme și intervenții chirurgicale extracerebrale	15,70%
3.	Puerperiu	13,40%
4.	Cardiopatii	8,70%
5.	Toxicomanii	8,18%
6.	Dermatoze	5,20%
7.	Boli respiratorii	5,20%
8.	Boală ulceroasă și gastrite	4,60%
9.	Impotență sexuală	4,08%
10.	Diabet zaharat	3,50%
11.	Hepato-colecistopatii	3,50%
12.	Frigiditate	2,90%
13.	Hipertiroidism	2,30%
14.	Insuficiență ovariană	2,30%
15.	Nefrite cronice	1,75%
16.	Poliavitaminoze	1,15%
17.	Porfirii	0,50%
T o t a l		100,00%

Acest tabel, pe lîngă faptul că reflectă în mod schematic repartizarea depresiilor simptomatice în raport direct cu bolile somatice pe fondul cărora s-au instalat, constituie și un ghid în descrierea rezumativă a unora din caracteristicile acestor depresii întîlnite destul de frecvent în practica medicală.

Discuții

Din observațiile noastre rezultă că în ultimele decenii și incidența depresiilor simptomatice se află în creștere, fenomen semnalat în general la marea grupă a stărilor depressive. Astfel noi am constatat o creștere procentuală de la 3,6 % în 1960, la 13,0% în 1973, în care însă este foarte evidentă prezența factorului pozitiv al longevității populației, procentajul cel mai ridicat, 78,5 %, al depresiilor simptomatice semnalîndu-se tocmai între vîrsta de 41—80 ani, vîrstă la care și bolile somatice extra-

cerebrale se întâlnesc mai frecvent. În privința sexului, așa cum arată majoritatea autorilor (*Kraepelin*, 1915, dă un procentaj de 70 %, iar *Mayer Gross*, 1960, un procentaj de 60 %), femeile dețin și în cadrul acestor depresii procentajul cel mai ridicat, 60,7%. Referindu-ne la starea civilă, cu toate că procentajul cel mai ridicat (72,3 %) apare la căsătorii, nu putem aminti decât faptul că acest procentaj reflectă o corelație logică, deoarece la vârsta la care întâlnim cel mai frecvent stările depresive marea majoritate a populației este căsătorită.

În altă ordine de idei este binecunoscut faptul că trăirile afectiv-emoționale au o corelație somatică, caracterizată prin modificări circulatorii, respiratorii, digestive, endocrine și metabolice de o intensitate mai mult sau mai puțin diferită de la un individ la altul. În același timp trebuie să amintim că diferitele maladii organice sînt însoțite și ele de tulburări afective, variînd ca intensitate de la o simplă indispoziție pînă la o depresie profundă, situații în care este absolut necesară instituirea unui tratament antidepressiv de specialitate. În cadrul bolilor infectocontagioase, tulburările afective pot începe prin stări explozive de plîns, ris, incontinență afectivă sau chiar stări depresive dominate uneori de anxietate, tremurături și mai rar de impulsuni spre autosuprimare. Din cauza tremurărilor asemănătoare celor din parkinsonism, *Ball* și *Parent* au dat acestor depresii denumirea de „melancolie parkinsoniană”. În clinica noastră au fost internați 5 (2,2 %) bolnavi cu reumatism, la care sindromul depresiv ajunsese pe primul plan. Asemenea stări au fost descrise și de *Van der Horst* (1949), *Recola* (1967), *Rimon* (1969), *Laihinien* și *Blomquist* (1970) și alții. *Rimon*, în 1969, a mai descris stări depresive și în infecțiile cu virus simplex, susținînd că acest virus ar avea o legătură strînsă cu depresia prin tulburarea metabolismului monoaminelor cerebrale.

În cadrul infecțiilor luetice foarte mulți autori relevă existența stărilor depresive. Astfel *Devhurst* (1960) a constatat stări depresive la 27,4 % din cei 91 de bolnavi cu neurosifilis, în timp ce accesele maniacale au fost prezente numai în 5,5 %. În clinica noastră au fost internați 6 (2,7 %) bolnavi cu stări depresive secundare acestor infecții. Numărul total al bolnavilor cu depresii secundare bolilor infectocontagioase este de 43, adică 18,8 %, din care 5,4 % au suferit de viroze respiratorii, 3,4 % de hepatită epidemică, 2,7 % de infecții luetice, 2,7 % de tuberculoză, 2,2 % de reumatism, 2,2 % de febră tifoidă și 0,4 % de mononucleoză infecțioasă.

În general depresile din cadrul bolilor infectocontagioase (secundare epuizării somatopsihice) se întâlnesc mai frecvent în perioada de convalescență mai ales cînd aceasta a fost grăbită prin administrarea antibioticelor cu spectru larg și în doze mari. În alte cazuri depresiile pot să apară după reluarea prematură a lucrului fără a se aștepta refacerea completă a stării de sănătate. Aceste depresii pot avea și un caracter psihoreactiv, cauzat de faptul că bolnavul este incapabil să-și reia activitatea sa obișnuită la un timp nu prea îndepărtat de perioada de stare a bolii sale.

O altă grupă de afecțiuni care au produs 16,5 % din depresiile simptomatice o constituie traumatismele și intervențiile chirurgicale extracerebrale. În cadrul acestor depresii nu am întîlnit o relație proporțio-

nală cu gravitatea leziunii. Pe lângă tabloul depresiv, acești bolnavi prezentau și preocupări excesive, legate de stare sănătății lor, de teama că nu se vor refăce complet, deci și aceste depresii aveau mai mult un caracter reactiv.

În cadrul psihozelor puerperale, numeroși autori au semnalat prezența frecventă a stărilor depresive. În etiopatogenia acestor psihoze pe lângă factorul favorizant și declanșator — puerperiul —, *Magnan* (1877) susține existența factorilor constituționali, *Recis* și *Dupouy* (1904) autointoxicarea organismului iar *Bonhoeffer* (1911) susține că aceste psihoze ar aparține psihozei maniacodepresive sau schizofreniei. Psihanaliștii văd în psihozele puerperale un mariaj nesatisfăcător, o repulsie raportată la sexualitate și frigidity, regretul tinereții etc. *Hemphill* (1952) este de părere că aceste psihoze ar fi constituite de o accentuare a trăsăturilor nevropatice preexistente. *Treadway* și colab. (1957) au demonstrat că în perioada puerperală metabolismul hormonal și al catecolaminelor este accentuat, întâlnindu-se o scădere semnificativă a noradrenalinei, concomitentă cu creșterea depresiei puerperale. *Protheroe* (1969), observând un număr de 134 de bolnave cu psihoze puerperale, semnalează la 72 din ele stări depresive. *Dalton* (1971) a constatat stări depresive la 48 din 189 de femei gravide, dintre care 14 au necesitat tratament de specialitate. Autoarea de mai sus este de părere că aceste depresii sînt cauzate de oprirea o dată cu nașterea a producerii hormonilor placentari. În clinica noastră, din cei 224 de bolnavi internați cu depresii simptomatice, 15,6 % au prezentat depresii puerperale. Aceste depresii dominate de tristețe, anxietate, neliniște motorie, disconfort intern, inhibiție, bradipsihism, idei de autoînvinuire, inutilitate și autosuprimare, pot să fie uneoriacompaniate de un onirism terifiant cu manifestări pseudoschizofrenice și chiar acte impulsiv-agresive. În antecedentele personale ale acestor bolnave, am întâlnit în ordine descrescîndă următoarele simptome: cefalee (41 %), menstrer dureoase (36 %), iritabilitate (34 %), tabagism (și cafeism moderat) (33 %), labilitate emoțională (32 %), grețuri și vomismente (29 %), anxietate (26 %), căsnicii nereușite (23 %), sarcini nedorite (22 %), conflicte familiale (19 %) și idei obsesivofobice (14 %) etc.

În general, depresiile din afecțiunile endocrine se leagă cel mai frecvent de perioadele critice, ca de exemplu: pubertate, graviditate, lactație, preclimax și climax, dar și în alte îmbolnăviri endocrine cum ar fi: hipertireoză, diabetul, boala lui Addison și altele, se pot întîlni stări depresive. Încă din 1906 *Parhon* releva în lucrările sale importanța factorilor endocrini în apariția psihozelor afective. De multe ori aceste îmbolnăviri sînt pluriglandulare. *Georgi* și *Bayer* (1930) au semnalat stări depresive în pelagră, *Ravn* (1935) în porfirii, *Cortez* (1959) în sindromul Cushing, precum și în miopatii pseudohipertrofice de tip Duchenne și mio-tonia atrofică sau boala lui Steinert. *Jiling* (1931), *Cossack* (1953) și alții descriu stări depresive tipice în cadrul anemiilor pernicioase, emițînd și ipoteza existenței unei legături între aceste două maladii.

Numărați autori, dintre care amintim pe cei mai recentți: *Muehle* (1965), *Assael* și colab. (1965), *Bleuler* (1966), *Stanley* (1968) și alții, semnalează stări depresiv-anxioase în bolile cardiorespiratorii, ca de exemplu în insuficiențele circulatorii incipiente, endarterite, nefropatii, boala ast-

matică și altele. La acești bolnavi tanatofobia se întâlnește foarte frecvent, iar depresia și anxietatea sînt accentuate de moartea prin accidente cardiocirculatorii sau de altă natură a unor cunoscuți. Asemenea stări depresive am întîlnit la 9,8% din cei 224 de bolnavi.

În cadrul toxicomanilor se pot întîlni frecvent stări depresive de variate aspecte și intensități, depresii pe care le-am observat în 9,4% a cazurilor, din care 6,7% în alcoolism; 1,8% în morfinism și 0,9% în toxicomanii cu carbaxin și diazepam. În alcoolismul cronic și chiar în intoxicațiile acute precum și în bețiile patologice am observat instalarea unor stări depresive de variate aspecte și intensități. Este foarte bine cunoscut faptul că alcoolul produce, chiar în cantități moderate, dereglări afective care pot tinde spre hipomanie sau depresie, întîlnindu-se în aceste situații destul de frecvent chiar și tentative de suicid. *Greco, Csiky și Wegendt* (1973) au constatat la 15,87% din cei 310 bolnavi internați cu tentative de suicid că aceste acte au fost comise în stare de ebrietate sau după consum moderat de alcool, în timp ce consumul frecvent de alcool a fost recunoscut de 34,83% din tentatori. În intoxicațiile medicamentoase și toxicomanii cum ar fi: administrarea prelungită de rezepină, steroizi, stupefiante etc. sau în perioada de abținere din timpul curei de dezintoxicare, depresia are un aspect anxios-posac.

Aici se pot încadra și depresiile întîlnite la femeile care în scopul prevenirii sarcinii, folosesc anticoncepționale (*Binks — 1962, Hauser — 1965, Moss — 1968, Brenda — 1970, Herzberg și Coppen — 1970 și alții*). Asemenea stări depresive am observat la 5,4% din totalul celor 224 de bolnavi.

Mulți autori au semnalat existența stărilor depresive în cadrul bolilor de piele, despre care *Gabrinowicz* (1968), afirma că ar avea un caracter reactiv. *Kenneth* (1969), studiind 500 bolnavi cu diferite dermatoze, a întîlnit la peste 70% din ei stări depresive. O incidență asemănătoare (62%) este relevată și de *Laihinén* (1970). *Pollitt* (1965) și *Lesse* (1968) sînt de părere că simptomele nevrotice întîlnite atît de frecvent în dermatoze, ar trebui incluse în așa-zisele „depresii mascate“. O proporție de 6,2% din cei 224 depresivi au prezentat stări depresive secundare diferitelor dermatoze, dar cel mai frecvent am întîlnit aceste stări în psoriazis. Stările depresive din cadrul dermatozelor observate de noi au îmbrăcat forme ușoare sau chiar foarte severe, dominate de idei de incurabilitate, inutilitate, dismorfofobie și de suicid.

În afara maladiilor de mai sus, 18,3% din depresiile simptomatice au fost secundare bolilor respiratorii, bolii ulceroase, tulburărilor de dinamică sexuală (impotență și frigiditate), diabetului zaharat, hepatocolecistopatiilor, hipertiroidismului, insuficienței ovariene, nefritelor cronice, poliavita-minozei și porfiriei. De fapt în foarte multe cazuri, depresiile simptomatice au un caracter reactiv. Un alt aspect important al acestor depresii este relevat de observațiile lui *Blinder* (1966), care afirmă că într-un mare număr de maladii organice (degenerative, porfirii, lupus eritematos diseminat, cancerul pancreatic, endocrinopatii și altele) stările depresive pot să apară chiar înainte simptomelor caracteristice acestor îmbolnăviri.

Nu trebuie uitat faptul că, o dată cu instalarea acestor depresii pe fondul unor maladii organice, ele complică într-o măsură mai mare sau

mai mică evoluția și prognosticul bolii de bază. Tocmai din acest motiv este de mare importanță ca psihiatrul și în general clinicianul să cunoască aceste aspecte pentru ca de la bun început să se poată stabili un tratament adecvat, atât pentru boala somatică, cât și pentru depresie, cunoscând faptul că în marea majoritate a cazurilor depresiile simptomatice s-au ameliorat paralel cu ameliorarea sau vindecarea bolii de bază.

Concluzii

1. Făcând observații asupra cazurilor de stări depresive internate în clinica de psihiatrie din Tirgu-Mureș între anii 1960—1973, am întâlnit un număr de 224 de bolnavi cu depresii simptomatice, ceea ce reprezintă 9,6% din totalul bolnavilor internați în această perioadă cu diferite forme depresive.

2. Depresiile simptomatice se întâlnesc destul de frecvent într-o mulțime de îmbolnăviri organice extracerebrale, dar între intensitatea depresiei și gravitatea leziunilor organice nu se constată o corelație semnificativă.

3. Se poate presupune că bolile somatice acute sau cronice ar constitui un stress puternic, care pe lângă tulburările somatice produc destul de frecvent și dereglări psihice printre care și stările depresive.

4. Desigur, că la prima vedere s-ar putea presupune existența unei strânse relații între aceste depresii și îmbolnăvirile somatice. Dacă ar exista această corelație strânsă, ar însemna ca toți bolnavii ce suferă de aceleași maladii să prezinte stări depresive asemănătoare, fenomen care nu este demonstrat de realitatea clinică. Tocmai de aceea considerăm că depresiile simptomatice constituie un mod de reacție psihopatologică nespecifică, care depinde în cea mai mare măsură de personalitatea premorbidă și mai puțin de boala de bază.

5. O mare importanță practică are precizarea diagnosticului bolii somatice, efectuat pe baza unor atente și ample examinări clinice, neurologice și de laborator, pentru că în aceste depresii tratamentul e bine să pornească de la maladia de bază, obținându-se astfel și ameliorarea depresiei paralel cu îmbunătățirea stării somatice. În general, în terapia acestor depresii, pe lângă tratamentul bolii de bază, trebuie să intervenim cu antidepresive, anxiolitice și chiar cu electroșocuri protejate medicamentos, mai ales atunci când depresia și anxietatea trec pe primul plan ivindu-se și ideile sau preocupările de suicid.

Sosit la redacție: 19 decembrie 1973.

Bibliografie

1. Assael M., Dasberg H., Winnik Z. H.: Israel Ann. Psychiat. (1965), 3, 229; 2. Beck A. T.: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. Hoeber, New York, 1967; 3. Bleuler M., Willi J., Buhler R. H.: Akute psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten. Ed. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1966; 4. Blinder M. G.: J.A.M.A. (1966), 195, 8; 5. Bonhoeffer K.: Symptomatic Psychoses, Ed. Berlin, 1910; 6. Cortez P., Cortez M.: Neurologia (1967), 1, 53; 7. Csiky K., Grecu G.: Neurologia (1967),

- 2, 97; 8. Dalton K.: Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 689; 9. Dewhurst K.: Brit. J. Psychiat. (1969), 155, 31; 10. Gabrynowicz J. W.: Med. J. Aust. (1968), 1, 299; 11. Grecu G.: Rev. Med. (1968), 2, 214; 12. Grecu G., Muntean I.: Neurologia (1972), 1, 49; 13. Grecu G.: Studiul unor aspecte ale stărilor depresive. Teză de doctorat, I.M.F. Tîrgu-Mureş, 1972; 14. Grecu G.: Clujul medical (1972), 4, 729; 15. Grecu G., Csiky K., Wegendt H.: Neurologia (1973), 1, 61; 16. Herzberg N. B., Johnson L. A., Brown S.: Brit. Med. J. (1970), 4, 142; 17. Kennet P.: Med. J. Aust. (1969), 1, 326; 18. Kielholz P.: Etats Depressifs. Ed. Hans Huber, Stuttgart, Berne, Vienne, 1972; 19. Laihinen A., Blomquist K.: Psychiatria Fenica Helsinki (1970), 255; 20. Lesse S.: Dis. Nerv. Syst. (1968), 29, 169; 21. Parhon C. I.: Opere alese, vol. I și II. Ed. Acad. R.P.R., Bucureşti, 1957; 22. Pollitt J.: Practitioner (1965), 194, 597; 23. Predescu V.: Terapia psihotropă. Ed. medicală, Bucureşti, 1968; 24. Protheore C.: Brit. J. Psychiat. (1969), 115, 9; 25. Rimon R., Halonen P.: Dis. Nerv. Syst. (1969), 30, 338.
-