

SINDROMUL DEPRESIV AL ADULTULUI TANAR

*Dr. Inna Petrache¹, Șef lucrări Dr. Mirela Voicu²
¹Cabinet medical universitar, Iași, ²UMF Timișoara*

Rezumat

INTRODUCERE: Sindromul depresiv major este frecvent întâlnit la tineri și poate avea consecințe semnificative, mergând până la suicid, în formele severe.

OBIECTIVE: Studiul și-a propus să evalueze comparativ eficacitatea terapeutică și tolerabilitatea clinică a terapiei farmacologice vis-a-vis de asocierea acesteia cu psihoterapia în cazul tinerilor diagnosticați cu sindrom depresiv.

MATERIAL ȘI METODĂ: Studiul include 39 de participanți cu vârste cuprinse între 19 și 23 de ani, care au fost diagnosticați cu episod major depresiv

și tratați în ambulatoriul de specialitate în perioada octombrie 2017 – decembrie 2018, după un protocol bine stabilit.

REZULTATE: După 12 săptămâni, la 71% dintre pacienții care au beneficiat de asocierea tratamentului medicamentos cu cel psihoterapeutic s-a înregistrat ameliorarea simptomatologiei specifice. Dintre cei care au urmat doar terapia cu fluoxetină, la 61% dintre ei s-au înregistrat progrese vizibile.

CONCLUZII: Asocierea tratamentului farmacologic cu psihoterapia este cea mai sigură și eficientă modalitate de terapie pentru pacienții depresivi.

CUVINTE CHEIE: sindrom depresiv, adult tânăr

Depressive syndrome of young adult

Abstract

BACKGROUND : Major depressive syndrome is commonly encountered in young people and can have significant consequences, leading to suicide, in severe forms.

AIMS : The study aimed to evaluate the therapeutic effectiveness and clinical tolerability of drug therapy in relation to its association with psychotherapy in young people diagnosed with depressive syndrome.

MATERIALS AND METHODS : The study includes 39 participants between the ages of 19 and 23, who were diagnosed with major depressive epi-

sode and treated in the specialized outpatient clinic from October 2017 to December 2018, following a well-established protocol.

RESULTS : After 12 weeks, 71% of the patients who benefited from the combination of the drug treatment with the psychotherapeutic one had the improvement of the specific symptomatology. Of those who only followed fluoxetine therapy, 61% of them made visible progress.

CONCLUSIONS : Combining pharmacological treatment with psychotherapy is the safest and most effective therapy for depressive patients.

KEY WORDS : depressive syndrome, young adult

* **Autor correspondent:** Inna Petrache, Cabinet medical universitar Iași, e-mail: nutzey2003@yahoo.com

Articol primit în 22.10.2019, acceptat: 26.11.2019, publicat: 30.11.2019

Citare: Petrache I, Voicu M. Depressive syndrome of young adult. Journal of School and University Medicine 2019;6(4): 11-15

Introducere

Sindromul depresiv major este unul dintre cele mai frecvent întâlnite tulburări depresive la ambele sexe. Experții estimează că în Statele Unite, 5 % sau unul din 20 de adulți tineri au un episod major depresiv moderat-sever (1).

Aceasta înseamnă că, din 1000 de tineri, 50 au episod major depresiv în fiecare zi. Un tânăr cu episod major depresiv suferă și are dificultăți de comunicare și învățare. Boala de asemenea afectează semnificativ familia acestuia. Mulți dintre pacienți, nu toți, au gânduri suicidare. Fără un tratament eficient, unii chiar pot ajunge la suicid (2).

Starea depresivă poate, în cele mai multe cazuri, să devină incapacitantă, adică să producă un disconfort real individului, astfel încât acesta nu mai poate funcționa normal în context social sau ocupațional.

Pentru a se putea diagnostica un episod depresiv, copilul sau adolescentul trebuie să prezinte de cel puțin două săptămâni tulburări persistente ale afectului, manifestate prin iritabilitate, depresie, pierderea interesului și a plăcerii (2).

La copii și adolescenți depresia este mult mai greu de diagnosticat deoarece simptomele diferă mult de cele ale depresiei adultului, tabloul clinic fiind de cele mai multe ori diferit. Adolescenții cu această afecțiune sunt doar rareori triști, cel mai adesea ei sunt impulsivi, hiperkinetici, iritabili și cu atenție deficitară (3).

Un alt indiciu al depresiei este scăderea marcată a rezultatelor școlare. Acești pacienți evită interacțiunea cu ceilalți (colegi de școală), iar comportamentul lor devine mai agresiv.

Cele mai frecvent întâlnite simptome în depresie sunt:

- Pierderea interesului pentru activități care înainte făceau plăcere, inclusiv viața sexuală
- Dispoziție proastă; părerea despre sine proastă
- Lipsa de speranță, trecutul și viitorul sunt văzute în culori întunecate
- Gânduri despre moarte, sinucidere și chiar tentative de suicid
- Neliniște, iritabilitate
- Dificultăți de concentrare, memorare și în luarea deciziilor
- Scăderea energiei, dinamismului; oboseală și senzația de lentoare

- Tulburări de somn: trezirea matinală cu sentimentul de teamă și stupeoare
- Tulburări de apetit: fie mănâncă mai puțin, fie mai mult

Uneori pacienții cu depresie pot prezenta multe semne de rău fizic. Acuzele cele mai frecvente se referă la: dureri de cap, amețeli, disconfort gastric sau toracic, dureri articulare, constipație sau diaree, perturbări menstruale, scăderea performanțelor sexuale.

Pentru a fi catalogate ca fiind simptome depresive, toate acestea trebuie luate în considerare având în vedere starea anterioară, pre-depresivă a individului: pot fi simptome noi sau pur și simplu, o accentuare a unor stări pre-existente care de fapt, definesc persoana respectivă (4).

Depresia poate fi provocată de o varietate de cauze:

- Predispoziția genetică
- Transformări hormonale și biochimice în interiorul organismului
- Stres în exces, conflicte și abuzuri (alcool, droguri, medicamente)
- Pierderea cuiva drag, izolare, traume emoționale
- Boală, durere, probleme neurologice

Obiective

Studiul și-a propus să evalueze comparativ eficacitatea terapeutică și tolerabilitatea clinică a terapiei farmacologice vis-a-vis de asocierea acesteia cu psihoterapia în cazul tinerilor diagnosticați cu sindrom depresiv.

Material și metodă

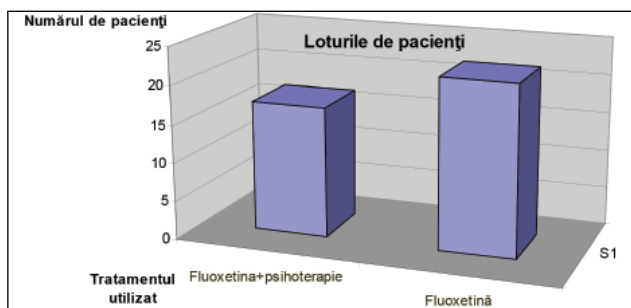
Studiul include 39 de participanți cu vârste cuprinse între 19 și 23 de ani, care au fost diagnosticați cu episod major depresiv și tratați în regim ambulatoriu în perioada octombrie 2017 – decembrie 2018.

Pacienții au fost împărțiți în două loturi, în funcție de tratamentul recomandat: lotul 1 a primit doar tratament medicamentos, iar lotul 2 a primit același antidepressiv asociat cu psihoterapie.

Protocolul terapeutic se desfășoară în 3 etape, după cum urmează:

1. În primele 12 săptămâni de tratament – stadiul I – pacienții au primit:

- Fluoxetină (Prozac) – primul lot, 22 pacienți
- asocierea fluoxetinei cu psiho-terapie – al doilea lot, 17 pacienți



Grafic nr 1: Loturile de pacienți

2. Stadiul II. Pacienții a căror simptomatologie s-a îmbunătățit în primele 12 săptămâni continuă tratamentul inițial încă 6 săptămâni.

3. Stadiul III. Doar pacienții care prezintă ameliorarea simptomatologiei specifice în stadiul II, continuă terapia încă 18 săptămâni.

Fluoxetina este printre puținele substanțe aprobate de U.S. Food and Drug Administration (FDA) pentru tratamentul depresiei la adolescenți și tineri.

DCI	Forme farmaceutice	Doză zilnică
Fluoxetinum	Caps 10mg, 20mg	20-40 mg

Tabel nr 1. Fluoxetina – forme farmaceutice, doză zilnică

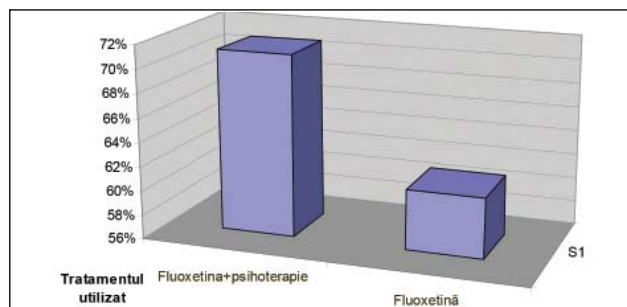
În ceea ce privește psihoterapia, terapeutul își poate educa pacientul să cunoască toate aspectele depresiei, cauzele ei posibile și cum să treacă peste acestea.

Terapeutul poate ajuta pacientul să aibă o gândire pozitivă și realistă, îl încurajează să participe la diferite activități care îi fac plăcere, să-și rezolve problemele sociale, să învețe să negocieze și să facă compromisuri când conflictul apare, să fie mai insistent.

Rezultate

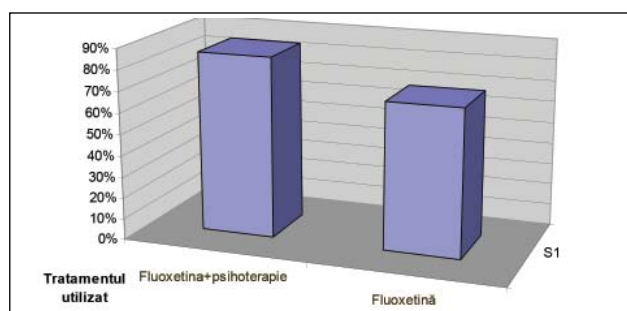
După 12 săptămâni, la 71% dintre pacienții care au beneficiat de asocierea tratamentului medicamentos cu cel psihoterapeutic s-a înregistrat ameliorarea simptomatologiei specifice.

Dintre cei care au urmat doar terapia cu fluoxetină, la 61% dintre ei s-au înregistrat progrese vizibile.



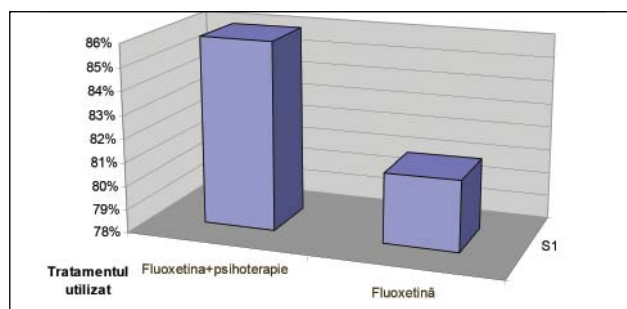
Grafic nr 2: Evoluția pacienților după 12 săptămâni de tratament

Dupa 18 săptămâni de terapie, tratamentul combinat a depășit celelalte tratamente în ceea ce privește beneficiul terapeutic, înregistrându-se la 85% dintre pacienți răspuns pozitiv, în comparație cu procentul de 69% în cazul celor care au primit doar fluoxetină.



Grafic nr 3: Evoluția pacienților după 18 săptămâni de tratament

După 36 de săptămâni rata răspunsului la tratamentul combinat a rămas cea mai înaltă – 86%, iar rata răspunsului la fluoxetină a crescut la 81%.

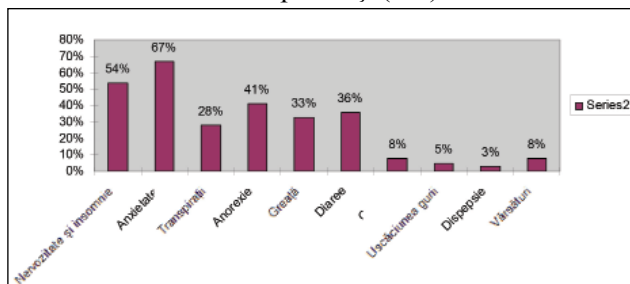


Grafic nr 4: Evoluția pacienților după 36 săptămâni de tratament

În ceea ce privește efectele adverse apărute ca urmare a administrării de fluoxetină, s-au înregistrat:

- stări de nervozitate și insomnie (la începutul tratamentului) – la 21 pacienți (54%)
- anxietate – la 26 pacienți (67%)

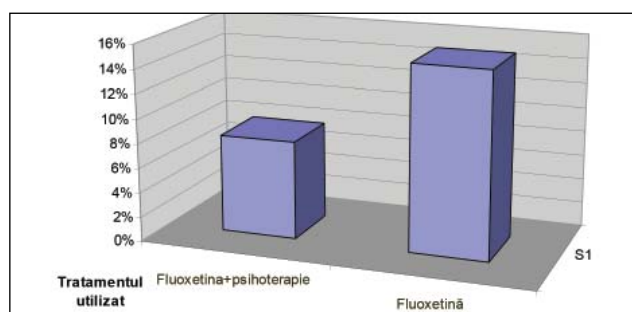
- transpirații – la 11 pacienți (28%)
- anorexie – la 16 pacienți (41%)
- greață – la 13 pacienți (33%)
- diaree – la 14 pacienți (36%)
- cefalee – la 3 pacienți (8%)
- uscăciunea gurii – la 2 pacienți (5%)
- dispepsie – la 1 pacient (3%)
- vărsături – la 3 pacienți (8%)



Grafic nr 5: Procentajul efectelor adverse înregistrate

Deoarece la începutul tratamentului, când dispare inhibiția psihomotorie, pacientul este în pericol de suicid (episodul depresiv persistă timp mai îndelungat), pacienții au fost monitorizați atent.

Este important de menționat că procentajul de gânduri suicidare a scăzut la toate grupurile care urmau tratamentul. Oricum, pe durata tratamentului, la pacienții cărora li s-a administrat fluoxetină s-a înregistrat o rată mai mare de gânduri sau comportament suicidar (15%), comparativ cu procentul înregistrat în cazul pacienților cu tratament medicamentos asociat cu psihoterapie (8%). Nu au fost cazuri de suicid pe durata studiului.



Grafic nr 6: Evoluția comparativă a comportamentului suicidar în cazul celor 2 loturi de pacienți

Discuții

Rezultatele sugerează că asocierea tratamentului farmacologic cu psihoterapia este cea mai sigură și eficace modalitate de terapie pentru pacienții de

vârstă tânără depresivi (5). Fluoxetina singură sau în combinație cu psihoterapie accelerează recuperarea din episodul major depresiv. Odată cu includerea psihoterapiei, scade riscul de comportament și gândire suicidară la pacienți tratați cu fluoxetină și sunt ajutați să-și dezvolte abilități de a face față dificultăților și emoțiilor negative.

Fiecare pacient este diferit și nu se poate trata fiecare la fel după un model de tratament. Deciziile terapeutice în cazul tinerilor cu depresie trebuie luate în mod individual (6, 7).

Înainte de inițierea tratamentului, fiecare pacient trebuie evaluat foarte atent de către medicul psihiatru pentru a determina dacă medicația este corespunzătoare. Cei care se află sub medicație antidepressivă trebuie monitorizați regulat și frecvent, mai ales în primele săptămâni (8,9).

Recomandările includ continuarea medicației și controalele periodice sau continuarea ședințelor cu terapeutul și aplicarea tehnicilor învățate.

Pacienții sunt rugați să revină la evaluare periodică la un interval de trei luni, timp de un an. La aceste ședințe se investighează simptomele pacienților și răspunsul lor la tratament.

Concluzii

- Asocierea tratamentului farmacologic cu psihoterapia este cea mai sigură și eficace modalitate de terapie pentru pacienții depresivi.
- Fluoxetina singură sau în combinație cu psihoterapia specifică accelerează recuperarea din episodul major depresiv.
- Odată cu includerea psihoterapiei, scade riscul de comportament și gândire suicidară la pacienții tratați cu fluoxetină.

Bibliografie

1. TADS Team. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). Long term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64:1132-1144
2. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Wanke A. Suicide and self-harming behaviour. In Rey JM (ed). *IACAPAP e-textbook of Child and Mental Health*, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.
3. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-textbook of Child and Mental Health*, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2015.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Depression in children and young people: identification and management 2017*
5. Yakeley J, Johnston J, Adshead, G, Allison L. *Medical psychotherapy*. New York: Oxford University Press. 2016
6. Klyklo W, Green W, Bowers R, Weston C, Jackson J. *Green's child and adolescent clinical psychopharmacology*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
7. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. *The ADAPT trial*. *Health Technology Assessment*. 2008;12(14).
8. Birmaher B, Brent D. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503-1526.
9. Föcker M, Antel J, Grasemann C et al. *BMC Psychiatry* (2018) 18: 57.