

## PROFILAXIA TULBURĂRILOR PSIHICE

Conceptul de psihoprofilaxie în psihiatrie vizează problematica amplă și complexă a apărării și promovării sănătății mintale, rezolvarea profilactico-curativă și recuperatorie a patologiei psihice, fiind intim legat de acțiunile de depistare a bolilor psihice. Acestea, corelate cu precizarea cauzelor de îmbolnăvire și circumstanțele în care apar, se dezvoltă sau se agravează, implică o activitate susținută a rețelei de psihiatrie, o colaborare interdisciplinară în plan medical și social. În realizarea acestor acțiuni rolul serviciilor extraspitalicești este preponderent, atât prin deschiderea lor către populație, cât și printr-o accesibilitate sporită.

După definiția OMS depistarea tulburărilor psihice constă în identificarea prezumtivă a subiecților afectați de o boală sau o anomalie necunoscută pînă la acea dată, cu ajutorul testelor, examenelor sau altor tehnici de aplicare rapidă. Acțiunile de depistare a bolilor psihice pot avea caracter de masă, selectiv, multiplu sau de supraveghere și implică studii și cercetări ecologo-epidemiologice în cele mai diverse medii care pot constitui factori de risc în apariția îmbolnăvirilor psihice. Depistarea precoce presupune analiza mediului socio-familial, a cauzelor și circumstanțelor care generează tulburările psihice, în scopul detectării în cel mai scurt timp a cazurilor suspecte de boală. Transpunerea în practică a acțiunilor de depistare precoce a bolilor psihice este posibilă și eficientă prin intermediul rețelei de medicină generală, care realizează legătura directă între bolnav, mediul socio-profesional sau familial și rețeaua de psihiatrie. Aceasta presupune colaborarea în echipă a specialistului psihiatru cu medicul de medicină generală și cadrele medii ale rețelei sanitare de bază de pediatrie și dispensarele medicale din școli, instituții de învățămînt superior, întreprinderi, circumscripții sanitare, urbane și rurale care mențin o legătură directă și permanentă cu mediul familial. Colaborarea trebuie extinsă și la nivelul celorlalte specialități medicale datorită existenței unor corelații complexe psihosomatice sau somatopsihice în evoluția bolii psihice.

Importanța rețelei de medicină generală și a familiei, în depistarea precoce a bolilor psihice rezidă în două aspecte principale. Pe de o parte, un număr mare de bolnavi psihici se prezintă la medicul de medicină generală acuzînd

serie de tulburări somatice care pot reprezenta, de fapt, manifestări ale suferinței psihice; de asemenea, este frecventă asocierea tulburărilor psihice cu o boală somatică. Pe de altă parte, o serie de bolnavi cu tulburări psihice la limita normalității sau în curs de remisiune ca și familiile lor evită medicul psihiatru, cabinetul sau spitalul de psihiatrie, pentru a nu fi etichetat și cunoscut ca «bolnav mintal» sau pentru a nu fi internat. Chiar în cazul tulburărilor psihice majore, de multe ori familia pacientului, din aceleași considerente, preferă a se adresa medicului de medicină generală și al familiei, în depistarea precoce a bolilor psihice, este esențial impunîndu-se o creștere a aportului acestora atât în depistarea, relevarea și reliefaarea cauzelor care au determinat îmbolnăvirea psihică, cât și a circumstanțelor în care aceasta apare. Realizarea acestor deziderate implică cunoștința de psihiatrie, igienă și sănătate mintală, întrucît medicul de medicină generală trebuie să diagnosticheze tulburările psihice și să diferențieze normalitatea psihică de boala psihică în paralel cu adoptarea unei conduite terapeutice adecvate. În scopul realizării unei depistări precoce a îmbolnăvirilor psihice, care este esențială în scăderea morbidității prin boli psihice, devine necesară integrarea psihiatriei în cadrul celorlalte specialități medicale. Astfel, se poate realiza o concretizare a conceptului de interdisciplinaritate, de relaționare medico-socială. Creșterea eficienței acțiunilor de depistare implică, totodată, acțiuni largi educativ-sanitare. De asemenea, este necesară cointeressarea tuturor factorilor medicali și sociali interesați în apărarea și promovarea sănătății mintale a populației. În acest sens nu este de neglijat aportul în depistarea bolilor psihice al familiei, cadrelor didactice din școli, al personalului din creșe, cămine și grădinițe, al lucrătorilor de ordine publică. Aceasta presupune extinderea psihiatriei în colectivitate, extinderea relațiilor medico-sociale ale psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești, influențarea opiniei publice, a societății asupra atitudinii față de bolnavul și boala psihică.

Realizarea unei psihoprofilaxii eficiente trebuie să cuprindă atât individul, cât și mediul în care acesta trăiește: familie, școală, grup profesional și socio-cultural, în scopul îndepărtării sau atenuării factorilor de risc. Locul important deținut de acțiunile psihoprofilactice în cadrul general al asistenței psihiatrice a dus la conturarea unei psihiatrii preventive care este axată pe problematica preveni-

rii tulburărilor psihice. Profunzimea măsurilor psihoprolactice care stau la baza acțiunilor de apărare și promovare a sănătății mintale se detașează ca importanță și cuprind etape înălțate dinamic în desfășurarea lor. Astfel, profilaxia primară vizează prevenirea apariției bolilor psihice și cuprinde acțiunile de igienă mentală. Profilaxia secundară se referă la măsurile care urmăresc scurtarea evoluției clinice, diminuarea consecințelor bolii psihice și cuprinde acțiunile curative spitalicești sau extraspitalicești. Profilaxia terțiară are drept scop readaptarea socială a bolnavului și recuperarea deficientului psihic.

În funcție de criteriul clinico-nosologic se impune diferențierea măsurilor de profilaxie, adaptarea acestora în raport de etiologie, factori favorizanți și evoluția bolii.

Astfel, profilaxia nevrozelor, sindroamelor nevrotiforme și a reacțiilor nevrotice implică acțiuni de igienă mentală în sensul evitării factorilor de suprasolicitare fizică și intelectual, al factorilor psihostresanți și psihotraumatizanți, al situațiilor psihoconflictuale. Apariția tulburărilor psihice în cursul afecțiunilor somatice, care conturează sindroamele de tip psihosomatic, face necesară colaborarea psihiatrului cu rețeaua de medicină generală în scopul unei abordări terapeutice complexe. Extinderea acestei colaborări se impune și datorită faptului că bolnavul nevrotic se adresează, în primul rând, medicului de medicină generală de a cărui competență depinde îndrumarea corectă și la timp către rețeaua de psihiatrie. Aportul medicinei generale este util, de asemenea, în urmărirea bolnavului ca și în instituirea unor măsuri de sanogenizare a mediului familial și profesional care poate favoriza instalarea tulburărilor nevrotice și evoluția lor nefavorabilă.

Profilaxia psihopatiilor, sindroamelor psihopatoide și psihopatiiforme, a tulburărilor de comportament infantilo-juvenile are un pronunțat caracter social datorită dificultăților mari de adaptare și defectivității sentimentelor etice și sociale. Tratarea, urmărirea și supravegherea acestor bolnavi necesită o largă relaționare medico-socială a psihiatrului cu rețeaua de medicină generală, medicină legală și organismele comunitare implicate în instituirea măsurilor de asistență socială.

Particularitățile acțiunilor psihoprolactice în cazul oligofreniilor constau în identificarea cauzelor și în aspectul genetic al acestor afecțiuni. Astfel, profilaxia oligofreniilor se diferențiază de controlul genetic și măsurile de ocrotire a femeii gravide și nou-născutului. Colaborarea medico-

socială a psihiatrului vizează rețeaua de obstetrică, de pediatrie, medicină școlară și instituțiile de asistență socială, urmărindu-se prevenirea bolii, depistarea precoce, recuperarea și integrarea socio-profesională a handicapatului mental.

Măsurile psihoprolactice în cazul psihozelor (predominant endogene, exogene sau endo-exogene) se diferențiază datorită evoluției îndelungate a acestor afecțiuni și caracterului de gravitate deosebită care impun spitalizarea pe perioade mari. Este necesară în aceste cazuri readaptarea socio-familială și profesională, instituirea psihoterapiei integrate, ergo- și socioterapiei. De asemenea, trebuie acordată atenție sporită condițiilor de spitalizare, umanizării unităților de asistență psihiatrică, măsurilor de psihoigienă în mediul familial și social în scopul unei reintegrări sociale și al respectării demnității umane. Acțiunile psihoprolactice vor urmări prevenirea recăderilor și agravării evoluției bolii. În toate aceste acțiuni se impune o largă relaționare medico-socială a rețelei de psihiatrie în scopul readaptării, integrării și recuperării bolnavilor. Aportul rețelei de medicină generală este important începând de la depistarea precoce în faza de debut a psihozelor și pe parcursul evoluției bolii prin urmărirea bolnavilor și supravegherea tratamentului în scopul unei profilaxii eficiente a recăderilor.

În domeniul neuropsihiatriei infantile acțiunile psihoprolactice vizează dezvoltarea armonioasă a copilului și adolescentului, ce trebuie extinse asupra familiei, școlii și colectivității. Necesitatea aplicării măsurilor de igienă mentală la vârsta copilăriei și adolescenței implică acțiuni de sanogenizare a mediului, colaborarea psihiatrului cu rețeaua de medicină generală, medicină școlară, cu instituții de învățământ, dezvoltarea rețelei de neuropsihiatrie infantilă spitalicească și ambulatorie, creșterea posibilităților de recuperare.

Profilaxia psihosindroamelor vârstei înaintate implică acțiuni protective, evitarea însingurării, psihotraumelor și situațiilor de conflict, integrarea socială care să respecte statutul social, demnitatea umană, experiența de viață a persoanelor în vârstă. Sînt de asemenea necesare creșterea posibilităților de asistență medicală spitalicească, ambulatorie sau semiambulatorie, găsirea celor mai adecvate modalități de sprijinire pe plan social. Aceasta necesită extinderea măsurilor de igienă mentală la nivelul familiei și mediului social, colaborarea psihiatrului cu rețeaua de me-

dicină generală de geriatrie și cu organismele comunitare vizînd atît aspectele medicale, cît și cele sociale ale vîrstei a treia.

În toate acțiunile psihoprofilactice, fie că este vorba de tulburări psihice la limită cu normalitatea (*aberratio mentis*) sau tulburări psihice majore (*alienatio mentis*), este necesară o colaborare permanentă cu rețeaua de medicină generală. Aceasta își demonstrează utilitatea în acțiunile de depistare precoce, de prevenire a îmbolnăvirilor sau recăderilor, în readaptarea și recuperarea bolnavului psihic, atît prin posibilitatea crescută de urmărire a bolnavului în familie, loc de muncă, societate, cît și prin posibilități de influențare a mediului bolnavului psihic.

Cu toate că măsurile de profilaxie primară se situează în afara asistenței psihiatrice curente, ele au un rol deosebit în prevenirea unor boli psihice ca psihopatiile, oligofreniile, psihozele. Aceste acțiuni se referă la profilaxia genetică și prevenirea factorilor de risc încă din perioada embrionară, prenatală sau perinatală, continuîndu-se pe tot parcursul vieții individului: copilărie, adolescență, maturitate și vîrsta înaintată.

Protejarea și promovarea sănătății mintale implică măsuri programatice care încep cu scăderea riscului genetic, prevenirea leziunilor cerebrale prin factori nocivi infecțioși, toxici sau traumatici, îndepărtarea factorilor negativi de mediul socio-familial care pot perturba dezvoltarea armonioasă a caracterului și personalității. Ulterior, aceste acțiuni trebuie extinse asupra perioadei de instrucție școlară și de activitate profesională ca și asupra perioadei de pensionare și la vîrsta înaintată.

Activitatea de profilaxie primară implică măsuri de ordin medical, cultural-educativ și economico-social care necesită o largă colaborare medico-socială a psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești în dezvoltarea armonioasă a personalității umane și prevenirea efectelor nocive ale factorilor morbigenici. Această colaborare vizează, în primul rînd, rețeaua de medicină generală ca și ansamblul instituțiilor comunitare interesate în protejarea și promovarea sănătății mintale.

Măsurile de profilaxie secundară se orientează spre creșterea posibilităților de influențare a bolilor psihice deja instalate și se realizează prin depistare și tratament precoce. Eficiența psihoprofilaxiei secundare este dependentă și se corelează cu posibilitățile rețelei de medicină generală și organizarea rețelei de psihiatrie. Prin colaborarea aceasta

se poate asigura depistarea precoce a bolilor psihice și acordarea unui tratament precoce, a cărui eficiență este cu atît mai mare, cu cît este instituit mai aproape de debutul bolii.

Sarcina instituirii precoce a tratamentului bolilor psihice revine unităților ambulatorii și semiambulatorii care sînt mai accesibile, mai eficiente și mai economice, fiind totodată preferate întrucît mențin bolnavul în societate. Realizarea etapelor terapeutice presupune dezvoltarea și perfecționarea serviciilor extraspitalicești care trebuie să dispună de posibilități adecvate de diagnostic și tratament pentru toți bolnavii din teritoriul deservit. În acest sens organizarea laboratoarelor de sănătate mintală pentru adulți și copii în centrele teritoriale corespunde dezideratului abordării terapeutice a bolnavului psihic concomitent cu menținerea lui în mediul familial, profesional și social. Realizarea acestui scop devine și mai pregnantă prin intermediul unităților semiambulatorii de tipul serviciilor de zi și/ sau staționarelor de noapte, precum și a altor forme diferențiate de asistență psihiatrică. În ceea ce privește spitalul sau secțiile teritoriale de psihiatrie, este foarte importantă organizarea lor în cadrul spitalelor de medicină generală sau amplasarea în localitățile urbane, facilitîndu-se accesibilitatea și atenuarea resentimentului existent încă față de unitățile de psihiatrie.

În ansamblul lor, aceste măsuri contribuie la sporirea gradului de accesibilitate și la elevarea posibilităților de depistare și tratament. Totodată, este necesară o bună organizare, o încadrare corespunzătoare cu personal, o dotare adecvată cu mijloace de investigație și de tratament în scopul instituirii unei asistențe medicale de cea mai bună calitate. Astfel organizată, activitatea psihoprofilactică își adaugă valențe noi și cîștigă în eficiență atît sub raport cantitativ, cît și calitativ. În primul rînd, se poate asigura o colaborare funcțională, permanentă cu rețeaua de medicină generală cu rol benefic în asistența medicală a omului bolnav. Rezultatul acestei colaborări se concretizează în creșterea atît a numărului de cazuri depistate, cît și a capacității de efectuare a tratamentului și de urmăriile în timp. Se va putea asigura o supraveghere continuă a bolnavului, readaptarea sa la condițiile de mediu socioprofesional și familial. Totodată, cresc posibilitățile de influențare a factorilor de risc din mediul extern prin ameliorarea mediului familial, profesional sau de microgrup și grup social. În această acțiune, intervenția medicului de medicină generală

din întreprinderi, școli, circumscripții sanitare, este hotărâtoare, întrucât el cunoaște familia pacientului, locul de muncă unde acesta își desfășoară activitatea. Aportul specialistului psihiatru, în condițiile acestei colaborări este mai valoros datorită unei documentări reale și concrete care va conduce la diferențierea măsurilor psihoprofilactice în funcție de specificul fiecărei situații. Tratamentul instituit, pe lângă precocitate, va putea fi mai complex și mai complet printr-o abordare simultană a suferințelor psihice și somatice, printr-o corelare cauzală biologică, psihologică și socială. Putem spune astfel că relaționarea psihiatriei cu rețeaua de medicină generală lărgeste posibilitățile fiecăreia dintre acestea, iar activitatea în echipă concurează la elevarea acțiunilor profilactico-curative, care, în final, reprezintă dezi-deratul propus.

Măsurile de profilaxie terțiară se orientează spre menținerea bolnavului sau deficientului psihic în activitate, în mediul său familial, profesional și social, concomitent cu acordarea unui tratament de specialitate. Necesitatea acțiunilor de recuperare se impune din ce în ce mai mult în contextul creșterii morbidității prin boli psihice cu incapacitate temporară de muncă sau invaliditate și implică în realizarea lor o convergență a factorilor medicali, profesionali, sociali. Scopul acestora este înlăturarea consecințelor bolii în plan socio-profesional și al ameliorării diferitelor tipuri de handicap, iar realizarea lor este posibilă prin organizarea instituțiilor recuperatorii. Acestea vor asigura bolnavului sau deficientului psihic recalificarea profesională și un loc de muncă remunerat în funcție de capacitatea de muncă restantă. De asemenea, înființarea de ateliere protejate și a unor secții pentru invalizi psihici poate contribui la reinserția și integrarea socioprofesională a bolnavilor și deficientilor psihici. Totodată, în centrele teritoriale este necesară organizarea unor unități cu paturi de asistență socială pentru cazuri irecuperabile, încadrarea și amenajarea de secții exterioare pentru bolnavii cu evoluție prelungită. Prin asigurarea unei încadrări corespunzătoare a acestor unități cu personal calificat, respectiv asistențe sociale și instructori de ergoterapie, se lărgesc posibilitățile de asistență și îngrijire medico-socială.

Activitatea de profilaxie terțiară presupune o largă relaționare medico-socială a psihiatrului cu rețeaua de medicină generală și organismele comunitare. Aceasta se referă, în primul rând, la selectarea cadrelor medii și superioare (medici, asistente medicale, instructori de ergoterapie) pen-

tru căminele-spital de bolnavi cronici neuropsihici și secțiile exterioare pentru bolnavi cu evoluție prelungită, din cadrul rețelei de medicină generală. Pregătirea acestor cadre în vederea desfășurării unei activități recuperatorii adecvate necesită o instruire periodică de specialitate vizînd clinica și tratamentul bolilor psihice, probleme de psihoprofilaxie, ergoterapie, socio- și psihoterapie. Aceasta poate fi efectuată prin organizarea unor cursuri de specialitate atât în spitalele clinice și secțiile teritoriale de psihiatrie, cît și la nivelul unităților respective de către medicii specialiști. De asemenea, este necesară o îndrumare metodologică permanentă a acestor unități de către secțiile teritoriale de psihiatrie și clinicile universitare la care sînt arondate centrele respective.

Complexitatea problematicii psihoprofilaxiei și terapeticii bolilor psihice, în dinamica lor primară, secundară și terțiară, angajează rețeaua de psihiatrie, interesînd, în egală măsură, ansamblul organismelor comunitare medicale, sociale, economice sau culturale. Relaționarea medico-socială vizează cooperarea permanentă cu o serie de instituții atât centrale, cît și locale, vizînd următoarele obiective principale:

- extinderea posibilităților de spitalizare a bolnavilor psihici la nivel teritorial prin mărirea capacității secțiilor de psihiatrie pentru bolnavi acuzi, a secțiilor exterioare pentru bolnavi cu evoluție prelungită și a căminelor-spital pentru bolnavi cronici neuropsihici;

- umanizarea unităților de psihiatrie în vederea ameliorării asistenței medicale și încadrarea corespunzătoare cu personal calificat;

- dezvoltarea psihoterapiei integratoare, ergo- și socio-terapiei, prin dotare cu aparatul necesară și terenuri necesare activității agro-zootehnice;

- perfecționarea și dezvoltarea rețelei de școli profesionale speciale și a căminelor-școală pentru copii handicapați mintal și adaptarea planurilor de învățămînt la specificul acestora;

- încadrarea diferențiată în muncă a bolnavilor psihici în funcție de capacitatea restantă în muncă;

- înființarea de ateliere protejate și a unor secții pentru deficienți psihici în cadrul cooperativelor de invalizi;

- integrarea colectivelor de psihiatri din rețelele teritoriale de psihiatrie în programele de cercetare științifică ale clinicilor universitare din centrele metodologice și ale Institutului de Neurologie și Psihiatrie;

— efectuarea programatică a unor studii ecologo-epidemiologice în scopul cunoașterii morbidității prin boli psihice din teritoriu, evidențierea factorilor de risc și depistarea precoce a bolilor psihice;

— cointeresarea direcțiilor sanitare în acțiunile de apărare și promovare a sănătății mintale, dezvoltarea unităților de psihiatrie și angajarea de cadre medicale pentru rețeaua de psihiatrie;

— lărgirea colaborării cu rețeaua de medicină generală în activitățile de psihoprofilaxie și terapeutică ale bolilor psihice, de educație sanitară în probleme de igienă și sănătate mintală;

— informarea periodică și cointeresarea organismelor comunitare asupra problemelor de sănătate mintală și asistență psihiatrică din teritoriu.

## ASPECTE PSIHOMEDICALE ALE DURERII

**Considerații generale introductive.** Evaluarea clinică a sindroamelor algopatie relevă complexitatea proceselor psihopatologice în corelație somato-psihică și ample variații ale formelor de manifestare în raport cu trăsăturile de personalitate și reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Prin cele două componente ale sale, senzația reală, independență și distinctă și reacția individuală la durere, sindromul algopatic este influențat de vîrstă, sex, natura și intensitatea stimulului algogen, structura de personalitate, tipul de sistem nervos și starea psihică. Pe lângă rolul de protejare al țesuturilor, de intensificare a activității sistemului nervos vegetativ și creșterea reflexă a tonusului muscular, durerea induce importante modificări psihice relevate prin ne liniște anxioasă, labilitate afectiv-emoțională, iritabilitate, distrofie, tulburări hipno-vegetative.

**Corelații fiziopatologice și neuroanatomice.** Senzația dureroasă se produce prin acțiunea nocivă a unor agenți fizioco-biologici sau prin tulburări ale funcționalității organelor interne care influențează receptori specifici și declanșează impulsuri nociceptive transmise pe căi ascendente nespecifice și specifice la centrul nervos superior. Recepția durerii

este dependentă de stimulii algogeni, pragul percepției dureroase, algoreceptorii (nociceptori) mecanici și polimodali. Durerea profundă și viscerală realizează o proiecție cutanată în aria inervată de aceleași segmente medulare. Mecanismele periferice transductoare se realizează prin excitația terminațiilor aferente algogene direct de către stimulii nociceptivi și prin acțiunea unor substanțe chimice ca histamine, kinina,  $K^+$ , 5HT, AcCh, ATP eliberate prin lezarea sau distrucția celulară.

Modularea activității receptorilor se realizează atât printr-un control nervos direct, cât și prin mecanisme umorale influențate de adrenalina și noradrenalina. Se presupune astfel existența unui control asupra recepției periferice, inclusiv asupra terminațiilor dureroase printr-un mecanism de feedback central pentru receptorii cutanați. Căile algoconductoare periferice (extranevraxiale) și centrale (intranevraxiale) transmit impulsurile nociceptive prin intermediul neuronilor intercalari multimodali, menținînd modelul excitației primite. Aceasta poate fi influențată prin acțiunea facilitatorie sau inhibitorie a sistemelor centrale descendente.

Talamusul reprezintă un important centru de integrare al durerii, asupra căruia se exercită diverse influențe inhibitorii, prin intermediul sistemelor descendente de origine corticală. În cursul medierii intranevraxiale, recepția dureroasă primară este modificată cantitativ și calitativ prin componente nespecifice (formațiunea reticulată) și prin nuanțare afectivă la nivel talamic. Impulsurile aferente ale acestei senzații primare, mediate de nucleii talamici de asociație cu proiecție corticală prefrontală integrează componentele și dimensiunile care transformă senzația în fenomen conștient și individual. Caracteristicile reactive emoționale ale senzațiilor dureroase sînt conferite la nivelul sistemului limbic, iar răspunsurile individualizate la durere sînt realizate cu participarea scoarței cerebrale. Conexiunile ariilor corticale cu sistemul vegetativ explică reacțiile vegetative care acompaniază senzațiile dureroase.

În ceea ce privește mediul și mecanismele de integrare ale senzațiilor dureroase la nivel cortical, persistă o serie de aspecte neelucidate. Dacă unii autori neagă proiecția corticală a durerii, o serie de date experimentale argumentează rolul scoarței cerebrale în percepția algopatică, furnizînd informații asupra excitației dureroase.

Modelul actual de abordare a durerii evidențiază complexitatea durerii și a percepției dureroase sub raportul di-

mensiuilor senzorio-discriminatorii, afectiv-emoționale, cognitive și psihocomportamentale. Acest model permite evitarea dihotomiei clasice între durerea organică și durerea psihogenă, între durerea reală și durerea imaginată. Raportarea la interacțiunea factorilor individuali, ambientali, familiali și socio-culturali relevă caracterul complex al fenomenelor dureroase, lărgind cadrul de abordare și interpretare al mecanismelor neuro- și fiziopatologice.

Asociația internațională pentru studiul durerii (IASP) definește durerea ca o «experiență senzorială și emoțională dezagreabilă, asociată unei leziuni tisulare prezente sau potențiale», subliniindu-se astfel complexitatea diverselor sale dimensiuni și componente în plan somatic și psihic. Această definiție se apropie de concepția lui Merskey (1964) care nu abordează durerea numai din punctul de vedere al etiologiei nociceptive, ci o consideră ca o «experiență trăită». Identificarea diverselor componente în procesualitatea durerii permite trecerea de la o estimare multilaterală senzorială către o evaluare psihocomportamentală. Dimensiunea senzorio-discriminatorie a durerii se referă la mecanismele neurofiziologice ale somesteziei, decodarea calității, duratei, intensității și localizării influxurilor nociceptive. Dimensiunea afectiv-emoțională exprimă conotațiile aversive ale durerii care se pot prelungi în stări afectiv diferențiate ca anxietatea și depresia. Componenta cognitivă se referă la diversele procese psihice susceptibile de a influența percepția dureroasă ca, de exemplu, atenția, experiențele anterioare, semnificația și valoarea atribuită durerii. În plan psihocomportamental, fenomenele dureroase includ manifestările motorii, verbale și neurofiziologice (tulburări hipno-vegetative, scăderea sau pierderea apetitului, scăderea ponderală).

Corelațiile complexe în generarea și evoluția sindroamelor algopatie decurg din integrarea factorilor individuali, familiali, ambientali, relaționali și socioculturali. O importantă distincție în evaluarea durerii se referă la caracteristicile durerilor acute și cronice. Durerea care evoluează de peste 6 luni este considerată durere cronică. Desigur că această limită este arbitrară, dar poate servi pentru o abordare terapeutică diferențiată.

Durerea acută exercită rolul unui semnal de alarmă, de pericol pentru organism, fiind cauzată cel mai frecvent prin procese lezionale și stimuli nociceptivi care antrenează mecanisme reflexe neuro-musculare și/ sau vegetative.

Durerea cronică, deși poate avea ca origine o leziune organică, nu poate fi explicată numai prin acțiunea unor factori și agresiune somatică. Ea nu este numai un simptom, ci o entitate determinată printr-un ansamblu de factori neurofiziologici, afectivi și psihologici. În această situație, depresia reprezintă o componentă afectivă considerată ca un factor esențial al prelungirii acuzelor dureroase.

Relația între durerea cronică și depresie este frecvent incriminată, permițând înțelegerea modelului actual al durerii de o manieră diferențiată de aspectele nociceptive.

În patologia somatică există numeroase situații în care boala cronică acompaniată de durere generează o simptomatologie depresivă. Este suficient să amintim aici bolile neurologice, bolile cronice dureroase ca: afecțiunile reumatologice, bolile de sistem, neoplaziile, intervențiile chirurgicale, tuberculoza sau SIDA. De asemenea și o serie de medicamente antalgice sau anticanceroase pot induce o simptomatologie depresivă (xilocaina, indometacina, cicloserina, vinblastina, vincristina).

Frecvența asocierii durere—depresie este diferit apreciată în datele din literatura de specialitate. Ea variază între 10% și 83% în raport de populația studiată, criteriile de diagnostic și metodele de evaluare ale intensității simptomatologiei depresive. Aplicarea unor scale, teste și inventare de personalitate la pacienți cu dureri cronice relevă două aspecte semnificative:

— atunci când durerea evoluează de mai puțin de 6 luni, profilul de personalitate este în limite normale;

— atunci când durerea evoluează de mai mult de 8 luni, se constată scoruri crescute în scalele de depresie, hipochondrie, anxietate și isterie.

În ceea ce privește cronologia și disincronia fenomenelor dureroase și a tulburărilor depresive s-a putut constata că în aproximativ 50% din cazuri depresia este concomitentă cu durerea, iar aproximativ 40% din cazuri, depresia este secundară durerii. Studii efectuate asupra pacienților depresivi semnalează că aproximativ 38—53% din pacienții internați într-un spital de psihiatrie prezintă acuze dureroase diverse și polimorfe.

Eficiența medicației antidepresive în tratamentul durerii confirmă relația clinică durere—depresie.

Proprietățile analgezice ale antidepresivelor au fost semnalate încă din anul 1969 și sînt susținute prin studii ulterioare care demonstrează statistic prescrierea substanțelor antidepresive în proporție de 56% pentru stări depre-

sive, 30% pentru stări dureroase și 16% pentru alte situații clinice.

Numeroase studii clinice au evidențiat eficiența analgezică a medicației antidepresive, apreciindu-se însă că mecanismul de acțiune nu este univoc. Deși se consideră că efectul antidepresivelor asupra durerii este secundar ameliorării timice, o serie de argumente clinice și experiențele pledează pentru proprietăți independente de efectul timoanaleptic. Acesta se referă la precocitatea efectului analgezic comparativ cu efectul antidepresiv, eficacitatea antidepresivelor la subiecți normotimici cu diverse sindroame algopatice; acțiunea antidepresivelor în durerile produse experimental la om și animale, care evidențiază creșterea pragului reflexului nociceptiv de flexie după administrarea antidepresivelor serotoninergice, precum și acțiunea analgezică a imipraminei comparabilă cu acțiunea opiaceelor în durerile experimentale la subiecți sănătoși.

Trecerea în revistă a proprietăților antalgice ale antidepresivelor subliniază faptul că acestea nu se pot reduce numai la efectul timoanaleptic, de normalizare a dispoziției, dar și la efectul acestora asupra sistemelor serotoninergice, considerându-se că serotonina intervine în analgezia morfinică.

**Date clinice.** Rezultatele unor cercetări efectuate în clinica de psihiatrie privind medicația antidepresivă (Imipramină, Amitriptilină, Mianserină, Maprotilină) în stările depresive confirmă și susțin eficiența asupra sindroamelor algopatice în diferitele lor forme de manifestare, localizare și interrelația cu simptomatologia depresivă.

Obiectivarea ameliorării acuzelor dureroase este realizată prin aplicarea scalei Hamilton pentru depresie în varianta 21 de itemi care reflectă simptomele-țintă ale stărilor depresive. Investigarea în dinamică, în zilele 0—7—14 și 21, permite surprinderea intensității simptomatologiei depresive și grevajului psihopatologic, precum și obiectivarea evoluției itemilor psihopatologici sub acțiunea tratamentului antidepresiv.

În configurația scalei itemii 4, 5, 6 (diferitele forme de insomnie), 11 (anxietatea somatică), 12, 13 (acuzele dureroase gastrointestinale și somatice generale) și itemul 16 (scăderea ponderală) reflectă manifestările psihocomportamentale ale simptomatologiei algopatice. În studiile efectuate s-a putut constata, prin aplicarea scalei Hamilton, în dinamica observației clinice în zilele 0—7—14 și 21, o ameliorare a itemilor 4, 5, 6, 11, 12, 13 și 16 la a doua exami-

nare din ziua a 7-a. Ameliorarea itemilor care reflectă evoluția simptomatologiei depresive, se realizează mai lent, fiind semnificativă la a treia și a patra examinare din zilele 14 și 21. Aceste date argumentează eficiența medicației antidepresive prin influențarea simptomatologiei algopatice independent de efectul timoanaleptic.

Paralel cu ameliorarea simptomatologiei depresive aceste preparate susțin corelația clinică depresie—durere, subliniind complexitatea sindromului algopatic în dimensiunile sale somatice și psihice.

**Evaluări concluzive.** Complexitatea proceselor fiziopatologice din sindroamele dureroase implică o atentă evaluare, interpretare și corelare cu variațiile ample de manifestare în raport de structura personalității și reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Senzația reală independentă și distinctă, precum și reacțiile individuale la durere sînt influențate atît de natura, durata și intensitatea stimulului, vîrstă, sex, cît și de personalitate, tipul de sistem nervos și starea psihică. Pe lîngă rolul de protecție, de intensificare a activității sistemului nervos vegetativ, cît și de creștere reflexă a tonusului muscular, durerea induce modificări importante în sfera psihică transpuse în neliniște și tensiune anxioasă, disforie, labilitate emoțional-afectivă, distimie iritabilă, tulburări hipno-vegetative. Manifestările complexe din sindroamele dureroase conturează astfel dimensiunile și componentele senzoriale, discriminatorii, afectiv-emoționale, cognitive și volitive în reflectarea psihocomportamentale. Indicațiile și eficiența terapeutică a medicației antidepresive în clinica durerii argumentează relația complexă depresie—durere, contribuind astfel la explicarea mecanismelor fiziopatologice în corelație somato-psihică. Posibilitățile oferite de evaluările psihometrice standardizate contribuie totodată la obiectivarea tulburărilor somatice și psihice, a evoluției lor sub tratament medicamentos și psihoterapic.