

COMITET DE REDACȚIE

Redactor șef: Cătălina TUDOSE
Redactor-șefi
adjuncți: Dragoș MARINESCU
Aurel NIREȘTEAN

COLECTIV REDACȚIONAL

Doina COZMAN
Liana DEHELEAN
Marieta GABOŞ GRECU
Maria LADEA
Dan PRELIPCEANU
Cristinel ȘTEFĂNESCU

Secretar de redacție: Valentin MATEI

CONSILIU ȘTIINȚIFIC

Vasile CHIRIȚĂ (membru de onoare al Academiei de Științe Medicale, Iași)
Michael DAVIDSON (Professor, Sackler School of Medicine Tel Aviv Univ., Mount Sinai School of Medicine, New York)
Virgil ENĂTESCU (membru al Academiei de Științe Medicale, Satu Mare)
Ioana MICLUTIA (UMF Cluj-Napoca)
Şerban IONESCU (Universitatea Paris VIII, Universitatea Trois-Rivières, Quebec)
Mircea LĂZĂRESCU (membru de onoare al Academiei de Științe Medicale, Timisoara)
Juan E. MEZZICH (Professor of Psychiatry and Director, Division of Psychiatric Epidemiology and International Center for Mental Health, Mount Sinai School of Medicine, New York University)
Teodor T. POSTOLACHE, MD (Director, Mood and Anxiety Program, Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore)
Eliot SOREL (George Washington University, Washington DC)
Maria GRIGOROIU-ŞERBĂNESCU (cercetător principal gr.I)

REVISTA ROMÂNĂ de PSIHIATRIE

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY



ASOCIAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHIATRIE ȘI PSIHOTERAPIE

www.romjpsychiat.ro

Vol XXI

Nr. 3

September 2019

QUARTERLY

CNCSIS B+

p-ISSN: 1454-7848

e-ISSN: 2068-7176

CUPRINS

ARTICOLE DE SINTEZĂ

- Perspective asupra recuperării în psihoză** 161
Marinela Hurmuz, Anca L. Popescu, Cristina A. Bredicean, Aurel Nireștean
- Tratamentul farmacologic al tulburărilor cognitive la pacienții cu tulburare depresivă majoră – o revizuire a datelor din literatură** 166
Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Ana Giurgiuca, Valentin P. Matei

ARTICOLE ORIGINALE

- Factori de risc asociați crizelor convulsive legate de abuzul de etanol** 170
Elena A. Mănescu, Aurel P. Nireștean
- Relaxarea progresiva cu imagerie dirijată - o metodă alternativă de abordare terapeutică a sindromului de burnout** 174
Adina Maris, Septimiu Voidazan, Elena A. Mănescu, Aurel Nireștean
- Predispoziții personologice dimensionale în opțiunea profesională medicală** 178
Lorena M. Muntean, Aurel P. Nireștean, Emese E. Lukács
- Efectul depresiei asupra calității subiective și obiective a vieții la pacienții diagnosticăți cu schizofrenie** 182
Valentin P. Matei, Alexandru N. Pavel, Alina E. Roșca

CAZ CLINIC

- Tulburare delirantă de somatizare la un pacient cu hidrocefalie comunicantă normotensiva idiopatică** 185
Ana A. Talasman, Claudiu G. Ionescu, Maria M. Manea, Sorin Tuta

INSTRUCTIUNI PENTRU AUTORI 189

Revista Română de Psihiatrie este indexată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior la categoria **B+**. Apare trimestrial.

Colegiul Medicilor din România acordă abonaților la această publicație **5 credite EMC/an.**
Articolele științifice publicate în revistă sunt creditate cu **80 credite EMC/articol.**

Revista Română de Psihiatrie este editată de *Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie*
și *Asociația Medicală Română*

CONTENTS

REVIEW ARTICLES

-  **Perspectives on Recovery in Psychosis** 133
*Marinela Hurmuz, Anca L. Popescu, Cristina A. Bredicean,
Aurel Nireștean*
-  **Pharmacological Treatment of Cognitive Impairment in Patients
with Major Depressive Disorder – A Review** 138
Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Ana Giurgiuca, Valentin P. Matei

ORIGINAL ARTICLES

-  **Risk Factors Associated with Alcohol-Related Seizures** 141
Elena A. Mănescu, Aurel P. Nireștean
-  **Progressive Relaxation with Direct Imaging - An Alternative
Method of Therapeutic Approach to Burnout Syndrome** 145
Adina Maris, Septimiu Viodazan, Elena A. Mănescu, Aurel Nireștean
-  **Dimensional Personological Predisposition in the
Medical Professional Choice** 150
Lorena M. Muntean, Aurel P. Nireștean, Emese E. Lukács
-  **The Effect of Depression on Objective and Subjective Quality
of Life in Schizophrenia Diagnosed Patients** 154
Valentin P. Matei, Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Alina E. Roșca

CLINICAL CASE

-  **Somatic Delusional Disorder in a Patient with Idiopathic
Normal Pressure Hydrocephalus** 157
Ana A. Talașman, Claudiu G. Ionescu, Maria M. Manea, Sorin Tuta

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

189

PERSPECTIVES ON RECOVERY IN PSYCHOSIS

Marinela Hurmuz¹, Anca L. Popescu², Cristina A. Bredicean³, Aurel Nireștean⁴

Abstract

The concept of recovery in psychiatry has undergone many changes during time, in terms of definitions, characteristics, evaluation and implementation in the mental health systems. Two main forms of recovery have been described in the literature: clinical recovery, which imply clinical and functional aspects and characterizes the medical model of approaching mental disorders, and personal recovery,

described as a process of transformation and growth of the person, besides the negative impact of the disorder. Recovery is a multi-dimensional, complex process which develops in stages and is influenced by many internal and external factors. Different frameworks and models of recovery have been described in this research field, in order to offer a basis for implementing the personal recovery perspective in the mental health services and practices.

1. Definitions of recovery in mental health

The term “recovery” in psychiatry has been used in different contexts and with different meanings during time: as an approach, a model, a philosophy, a paradigm, a movement, a vision and even a myth¹. Though, two main forms of recovery have been widely used in the literature. The first and, for a long time, the only one, focuses on the clinical and functional aspects of the disorder and the person and is the object of quantitative research and evidence based practices. The second one, which has come into focus during the last 3-4 decades, is personal recovery and implies existential dimensions of the person, being the base of the newest recommendations of transforming mental health systems.

Recovery has not always been considered an option for mental disorders, especially in psychoses. For example, Kraepelins' definition of “dementia praecox” excluded the idea of remission or recovery. Later on, the longitudinal studies demonstrated that a good prognosis and remission of symptomatology is possible in many cases of schizophrenia^{2,3,4}.

Initially, the term recovery has only been used related to symptomatology. There are many terms that characterize clinical improvement: resolution, partial or total remission, clinical recovery. None of the mental disorders have generally accepted criteria for remission. For schizophrenia, two main research groups, in the USA and in Europe, propose different sets of remission criteria⁵. Andreasen's working group⁶ defines remission as “a state in which patients have experienced an improvement in core signs and symptoms to the extent that any remaining

symptoms are of such low intensity that they no longer interfere significantly with behavior and are below the threshold typically utilized in justifying an initial diagnosis of schizophrenia.” Remission of symptomatology requires a score of maximum 3 in 8 specific items of the PANSS scale⁷ for at least 6 months. Researchers in Europe also tried to characterize remission and response to treatment, one of the definitions being “the state in which the patient has no clinically significant symptoms”⁸. Generally, clinical remission means the absence or minimal symptoms of disease, measured with psychometric scales, during a certain period of time.

Along with the development of neuroleptic medication in psychiatric disorders in the 1950s, the phenomenon of deinstitutionalization has occurred. After being admitted in hospitals, the patients needed to be reintegrated in the community. Thus, the reduction of symptoms became insufficient for patients' wellbeing and functional and social recovery became another main objective of treatment. Functional remission is even harder to define, evaluate and quantify, given the fact that there are no generally accepted standards for an “adequate” functionality for healthy population either. Moreover, there are many different domains of functioning that need to be considered: the capacity of self-care, autonomy, vocational functioning, relational abilities etc. Some authors define functional recovery as the ability of functioning well in the community, both socially and vocationally, as well as being relatively out of symptoms.⁹

In the guide for schizophrenia treatment, the American Psychiatric Association highlights the

¹PhD Student, University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureş; MD, Specialist in Psychiatry, Timișoara County Emergency Clinical Hospital - Mental Health Center No. 1, Iancu Văcărescu Street, No. 21-23, Timișoara, Timiș;

²PhD Student, University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureş; MD, Specialist in Psychiatry, Timișoara County Emergency Clinical Hospital-Liaison Psychiatry;

³MD, PhD, Assistant Professor, University of Medicine and Pharmacy Timișoara; Senior Psychiatrist, Timișoara County Emergency Clinical Hospital – Psychiatric Clinic;

⁴Correspondence address: Marinela Hurmuz, Str. Bărzava, no. 2/1, Giroc, Timiș; Tel. 0743937246; marinelahurmuz@gmail.com;

⁵MD, PhD, Professor of Psychiatry University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureş, Senior Psychiatrist Psychiatric Clinic No. II, Târgu-Mureş;

necessity of improving patients' abilities to deal with life provocations, the importance of autonomy accordant with the patient's desires and abilities, of self-respect and dignity, of integration in the community and normal development¹⁰. Generally, there are two main components of functional recovery: one implies a long-term reduction of symptoms or sustained clinical remission and the other one an adequate psycho-social functioning, which involves the improvement of patient's functioning or the regaining of anterior level of functioning. The most frequently used measure for the assessment of functioning is the Global Assessment of Functioning Scale (GAFS).¹¹ The GAFS threshold for functional recovery differ in the literature: >50^{10,12}, >61¹¹, >65¹³, >80¹⁴.

Criteria for evaluating recovery are usually based on two components: symptoms and psycho-social functioning and might include: the absence of symptoms and antipsychotic medication, improved vocational functioning, independent living, implication in social roles and activities etc.^{2,12,13,15}. Data regarding the rates of clinical and functional recovery in psychoses varies widely, one of the reasons being the heterogeneity of evaluation criteria.⁵

In the context of functional recovery, the concept of rehabilitation needs to be discussed. Rehabilitation is a systemic approach of persons with mental disorders that includes aspects of clinical, functional and social recovery. The objectives of the rehabilitation services are to give hope, to support the autonomy and social integration of the person and to assist him so that he can pursue his vocational, educational, recreational and residential needs and desires in order to increase his wellbeing and quality of life.^{16,17,18} These services include professional evaluation and treatment, specific interventions and support in the process of recovery. Although rehabilitation and recovery are not the same thing, the rehabilitation services include the principles of clinical and socio-functional recovery and lately try to adopt the vision of personal recovery as well.

The second and newest form of recovery described in the literature is personal recovery. It started as a "movement" of the mental health consumers and it has drawn pretty radical changes in the approach of psychiatric disorders, initially being viewed as opposed to the "medical model" in psychiatry.

The first definitions and conceptualizations of personal recovery emerged from the first-person accounts of persons who experienced mental disorders and recovery. One example is Patricia Deegan's, a clinical psychologist arguing that: "For those of us who have struggled for years, the restitution storyline does not hold true. For us, recovery is not about going back to who we were. It is a process of becoming new. It is a process of discovering our limits but it is also a process of discovering how these limits open upon new possibilities. Transformation rather than restoration becomes our path"¹⁹. The personal accounts were the base of a new direction of research, mostly qualitative, and of the redefinition of recovery in a completely different way than clinical or functional recovery.

One of the most widely spread definitions of recovery is Anthony's: Recovery is "a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values,

feelings, goals, skills and roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life, even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness..."¹⁷

Most of the definitions of personal recovery in the literature support the idea of recovery as a multi-dimensional, continuous, non-linear, dynamic process (which happens even in the presence of symptoms and sometimes even in the absence of medication), which is unique for each person and needs to be based on hope, empowerment, respect and connectedness.^{17,20}

Amering and Schmolke²¹ claim that the new perspective of recovery implies both a result and a process, both agency and interdependence, both risk-taking and avoiding risks. It is about moving from a model based on deficits towards resilience and hope, all these aspects leading to a transformation of mental health politics, services and a different view of mental health consumers.

The two definitions and models of recovery take different forms in the literature: clinical versus social recovery²², recovery "from" versus recovery "in"²³, scientific models versus consumers' models²⁴, services-oriented recovery versus consumers-oriented recovery²⁵.

The conceptualization of personal recovery proved to be very difficult in the context of evidence-based medicine and was very much criticized as a vague, non-sense vision, which is hard to study scientifically and implement in the services, as long as there is no agreement regarding terminology, definitions, research and quantification^{26,27,28}. However, this model has become the foundation of major transformations in the mental health systems in many countries.

2.Models of personal recovery. Factors that intervene in the process of recovery

In order to research and put into practice the concept of personal recovery, many authors tried to realize frameworks and models of recovery which include characteristics, stages and factors that influence the process.

Young and Ensing²⁹ identified six prominent recovery themes: insight, rebuilding a sense of self, facilitated by hope (a recovery theme by itself), empowerment (often used conjunctively with the concepts of control, will and self-efficacy), development of coping mechanisms and social support.

As a process, recovery develops in stages. These stages are differently described in the literature: initiating recovery: overcoming "stuckness" – regaining what was lost and moving forward - improving quality of life²⁹; crisis (recuperation) – decision (rebuilding independence) – awakening (building healthy interdependence)³⁰; overwhelmed by disability – struggling with disability – living with disability – living beyond the disease³¹; stuck – accepting help – believing – learning – self-reliant³²; dependent/unaware – dependent/aware – independent/aware³³; moratorium – awareness – preparation – rebuilding – growth³⁴; reawakening of hope

after despair – no longer viewing self as primarily as a person with psychiatric disorder – moving from withdrawal to engagement – active coping rather than passive adjustment³⁵; precontemplation – contemplation – preparation – action – maintenance and growth³⁶; recovery as a developmental process over time, including two parallel processes: disintegration – stabilisation – reorientation – reintegration – integration and disconnection – reconnection to self – reconnection to the community – connection³⁷. Though it is not necessary for each individual to go through all these stages, nor in the same order.

The process of recovery is influenced by many factors. In the first systematic review of the articles published on personal recovery until 2011, Leamy et al³⁶. described five categories of recovery processes and factors: connectedness (support, relationships), hope and optimism about the future, identity (rebuilding positive sense of identity, overcoming stigma), meaning in life (including spirituality, quality of life, meaningful roles) and empowerment. Other researches talk about personal or internal factors that promote recovery (education, motivation, empowerment, taking responsibility, hope, spirituality, gaining control, redefining self beyond illness, strong personal beliefs and values, development of personal abilities and competences: coping skills, self-care skills, social skills) and environmental or external factors (presence of material resources: housing, insurance, income, access to transportation and communication services, access to mental health care and services, the existence of recovery-oriented services, family and social support and networking)^{25,37,38,39}. The factors that could undermine the recovery process include poor quality mental health services, lack of education and information, stigma, discrimination, poor illness management, unmet basic needs, difficult access to health services, absence of workplaces, pessimism of mental health professionals, over control of family and professionals²⁰.

The majority of studies on personal recovery include persons with different disorders (schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders, affective disorders, personality disorders), the factors that intervene in the process being non-specific to the disorder. However, the researchers studying psychosis underline the fact that, in these cases, the management of psychotic symptoms is an important aspect of recovery, considering the alteration of reality testing, the cognitive impairments, the possible lack of insight etc.⁴⁰ Moreover, many authors include an initial phase of medical stabilization in the process of recovery.³⁷ None of the models of recovery question the necessity of psychiatric treatment and interventions, but mostly the way in which these interventions are delivered and the degree of patients' involvement in the decisional process. There are authors who support the fact that both models are equally valid, complementary, and not exclusive and that the degree of applicability and implementation depend on the severity of the disorder and the context of each patient. For example, there might be moments when the patient needs a paternalistic approach and moments when he needs to be in charge of his recovery⁴¹.

All the examples above have some common elements which can be synthetized as follows: recovery

is a personal process which includes an initial phase of disequilibrium and crisis, followed by a period of mobilization of personal and systemic resources in order to fight the disease and become as stable as possible from a medical point of view. In this phase, the person can be dependent on the psychiatric services. During time, the process of rebuilding self and a life beyond illness begins. This is characterized by regaining some parts of life present before the disease, but also developing new abilities and meanings, taking responsibility and developing resilience. The whole process implies multiple changes and is constantly influenced by individual and environmental factors.

Personal recovery as an objective of mental health services

The role of conceptual models is to offer a theoretical framework and to clarify the sometimes abstract and vague concepts that define recovery, in order to provide a base for implementing them on an individual and systemic level. Thus, it is essential to maintain a systemic view and take into account the opinions and needs of all the participants in the recovery process: patients, mental health professionals, family, researchers, representatives of national authorities etc.

The new perspective of recovery implied many changes in the national health politics regarding the "transformation" of mental health systems worldwide.

There are some main characteristics of recovery-oriented services described in the literature, which define the transformation of the services. Firstly, there needs to be a shift in the services' objectives: from treating, stabilizing and preventing relapses to focusing on the patients' quality of life, helping them build and maintain a meaningful life, supporting self-determination, facilitating access to various community services (housing, work places, education, crisis support, psychotherapy etc.) and promoting social integration and human rights, regardless the presence or absence of symptoms^{42,43,44,45}.

This different perspective also implies a change in both patients' and mental health practitioners' mentality and beliefs and in their relationship accordingly - a relationship in which the consumers have a more active role and are the „experts by experience” in their recovery process. This also means that patients need to take more responsibility, besides having more power and control over their decisions and life. In different stages of recovery, we can talk about different degrees of patient and professional responsibility and control.

Based on the research, a series of recovery-oriented intervention programs and practices were developed around the world. Some examples include: WRAP (The Wellness Recovery Action Planning tools and processes)⁴⁶, IMR (The Illness Management and Recovery program)⁴⁷, the Collaborative Recovery Model⁴⁸, REFOCUS⁴⁹, the case-management model based on strengths⁵⁰, educational programs⁵¹, programs that support vocational integration⁵² or housing⁵³. Many organizations were founded in order to support the changes in the mental health systems and different guidelines and recommendations were published for professionals, patients and caregivers.^{49,53,54,55}

Moreover, scales and instruments for evaluating

both personal recovery and recovery-oriented services were developed: the Recovery Assessment Scale-RAS⁵⁶, the Recovery Interview⁵⁷, the Recovery Attitudes Questionnaire – RAQ⁵⁸, the Mental Health Recovery Measure – MHRM⁵⁹, the Illness Management and Recovery-IMR⁶⁰, the Recovery Measurement Tool-RMT⁶¹, the Stages of Recovery Instrument – STORI⁶², the Recovery Oriented Service Evaluation⁶³, etc.

When speaking about changes in the mental health politics and systems, we need to consider the fact that it can be very hard to implement a recovery-oriented approach in low and middle-income countries, where basic needs for mental health are sometimes difficult to be assured. Still, a change of perspective is possible and small steps towards recovery-oriented practices are being made.

In Romania, the law for mental health and protection of persons with psychiatric disorders states the conditions that must be accomplished by the mental health services in order to assure the quality of care: accessibility, continuity of care, ensuring and developing models of community care, sufficient personnel, using therapeutic methods that contribute to the regaining, maintenance and development of patients' capacity of self-administration, supporting their rights, respecting their religious and cultural beliefs, ensuring the patients' access and involvement in the process of evaluation and care. It also underlines the importance of an individualized therapeutic program of care for the patients⁶⁴. The Strategy of the Mental Health Ministry for Mental health and the Action Plan for implementing the strategy and the law for mental health point some short and long term objectives that are congruent with the recovery-oriented vision of mental health services from other countries, even if the terminology of recovery is not used. Some of the difficulties are represented by the limited financial and human resources in the system, the deficient infrastructure in many areas of the country, with the absence of some key medical and mental health services and also by the often pessimistic views of professionals, patients and caregivers regarding recovery and psychiatric disorders in general. Thus, research in this area is needed in order to bring the new perspective of personal recovery in the reality of each country's limitations and resources and to gradually initiate change.

References

- 1.Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004; 10:37-49.
- 2.Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1987; 144:727-735.
- 3.Harrison G, Hopper K, Craig T, et al: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 178:506-517,2001.
- 4.Ciompi L: Catamnestic long-term study on the course of life and aging of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1980, 6:606-618.
- 5.Valencia M, Caraveo J, Colin R, Verduzco W, Corona F. Symptomatic remission and functional recovery in patients with schizophrenia. *Salud Mental* 2014; 37:59-74.
- 6.Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162:441-449.
- 7.Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.
- 8.Leucht S, Davis J, Engel R et al. Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentations. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(suppl.438):7-14.
- 9.Harvey PD, Bellack AS. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept?. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35 (2):300-306.
- 10.American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161(2):2-56
- 11.American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994, Washington (DC).
- 12.Whitehorn D, Brown J, Richard, Rui Q et al. Multiple dimensions of recovery in early Psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2002;14(4):273-283.
- 13.Torgalsboen AK. Full recovery from schizophrenia: The prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry Res* 1999;88:142-152.
- 14.Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, San L et al. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res* 2009;115:58-66.
- 15.Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, et al: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:256-272.
- 16.Killaspy, H., Harden, C., Holloway, F., et al (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *Journal of Mental Health*, 14, 157-165.
- 17.Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. Psychiatric rehabilitation, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002.
- 18.Carmody S et al. A Recovery Vision For Rehabilitation Psychiatric Rehabilitation Policy And Strategic Framework 2004.
- 19.Deegan P. Recovery as a Self-directed Process of Healing an Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health* 2002; 17(3-4):5-21.
- 20.Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 31: 9-22.
- 21.Amering M & Schmolke M: Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities. London: Wiley-Blackwell, 2009.
- 22.Secker J, Membrey H, Grove B, Seebom P: Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental Health problems for employment support services. *Disability & Society* 2002, 17:403-418.
- 23.Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening plaguing recovery. *J Mental Health* 2007;16:1-12.
- 24.Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
- 25.Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bull* 2007;31: 321-325.
- 26.Pilgrim D. Recovery from mental health problems: scratching the surface without ethnography. *Journal of Social Work Practice* 2009; 23: 475-487.
- 27.Jacobson N, Curtis L: Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000, 23:333-341.
- 28.Liberman R, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatr Serv* 2005;56(6):735-742.
- 29.Young SL, Ensing DS: Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1999, 22:219-231.
- 30.Baxter EA, Diehl S. Emotional stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 21:349-355.
- 31.Spaniol L, Lewijski NJ, Gagne C, Anthony WA: The process of recovery form schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2005, 14:327-336.
- 32.Mental health providers forum, The recovery star model and culturally competency, BAME Pilot Report, 2009.
- 33.Emerging best practices in mental health recovery, National Institute for Mental Health in England, Great Britain. National Health Service, 2004.
- 34.Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model, *Australian & New Zealand J of Psychiatry*, 2003, 37(5), 586-594.
- 35.Glover H. Lived experience perspectives, in *Handbook of psychosocial rehabilitation*, King R, Lloyd C, Meehan T, Wiley-Blackwell, 2007.
- 36.Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J.Psychiatry* 2011;199:445-52.
- 37.Wilken, JP, Hollander D. Rehabilitation and recovery, a comprehensive approach. 2005. Amsterdam: SWP Publishers.

- 38.Jacobson N: Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24:248-256.
- 39.Pitt L, Kilbride M, Nothard S, Welford M, Morrison AP. Researching recovery from psychosis: A user-led project. *The Psychiatrist* 2007; 31:55-60.
- 40.Wood L, Price JF, Morrison AP, Haddock G. Conceptualisation of recovery from psychosis: a service-user perspective. *The Psychiatrist Online* 2010; 34:65-470.
- 41.Munetz MR, Frese FJ. Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 25(1):35-42.
- 42.Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008;17:128-37.
- 43.Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
- 44.Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. 2008, London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- 45.Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S, Whitley R (2014) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems, *World Psychiatry*, 13, 12-20.
- 46.Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
- 47.Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
- 48.Oades LG, Deane FP, Crowe TP, Lambert G, Kavanagh D, Lloyd C. Collaborative Recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry* 2005; 13(3):279-284.
- 49.Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
- 50.Rapp C, Goscha R. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- 51.Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
- 52.Grove B, Locket H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
- 53.Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50.
- 54.Repper J, Perkins R (2013) The Team Recovery Implementation Plan: a framework for creating recovery-focussed services. ImROC Briefing paper 6, London: Centre for Mental Health.
- 55.Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
- 56.Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, KecknL. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr. Bull.* 2004;30:1035-1041.
- 57.Heil J, Johnson LK. Recovery Interview. Athens, OH: Institute for Local Government Administration and Rural Development, 1998.
- 58.Borkin JR. Recovery Attitudes Questionnaire: Development and Evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000;24(2):95-103.
- 59.Young SL, Bullock WA. The Mental Health Recovery Measure. Toledo, OH: University of Toledo, 2003.
- 60.Mueser KT, Gingerich S, Salyers MP, McGuire AB, Reyes RU, Cunningham H. The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinician Versions). Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 2004.
- 61.Ralph RO. At the individual level: A personal measure of recovery. NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery (Fall 2004), 2004.
- 62.Andresen R, Caputi P, Oades L. The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness 2006; Australasian and New Zealand Journal of Psychiatry 40, 972-980.
- 63.Ridgeway P, Press A. Assessing the Recovery-orientation of your mental health program: A User's Guide for the Recovery-Enhancing Environment Scale (REE). Kansas: University of Kansas, 2004.
- 64.<http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/37898>.

PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER – A REVIEW

Alexandru N. Pavel^{1,2}, Irina Duțu², Ana Giurgiuca^{1,2}, Valentin P. Matei^{1,2}

Abstract

INTRODUCTION Depression is an affective disorder with high prevalence which also brings high impairment in occupational and social functioning. It is well known that cognitive deficits are part of MDD symptoms. What is more, there are MDD patients that have persistent cognitive dysfunction even after remission of affective symptoms. Current available treatments seem to have no effect on this subgroup of patients.

METHOD We conducted a search on PubMed, Cochrane Reviews, European Clinical Trials Database and ClinicalTrials.gov for current and developing pharmacological treatments of cognitive dysfunction in remitted MDD patients.

RESULTS Out of the 527 results only 2 studies met our inclusion criteria. These studies used vortioxetine as both monotherapy and add-on treatment and lisdexamfetamine

as adjunctive treatment for cognitive symptoms in remitted or partially remitted MDD. Lisdexamfetamine showed improvements in executive function compared to placebo. Vortioxetine also showed improvements in cognitive dysfunction but results did not meet statistical significance.

CONCLUSION At the moment there are very few studies targeting cognitive symptoms in remitted MDD with conflicting results. Given the fact that cognitive dysfunction is one of the major determinants of poor functioning and quality of life, more studies with larger samples and better methodology are needed to demonstrate clear benefits of a treatment in this group of patients.

Key words: major depressive disorder, cognitive symptoms, remitted, pharmacological treatment, vortioxetine

Introduction

There are well over 300 million people afflicted by depression worldwide (1). Due to its prevalence, impairment in functionality and considerable risk for chronicity is associated with a substantial social impact. The main cognitive deficits during a major depressive episode are related to alertness, psychomotor speed, attention, memory, and executive functioning —(24). Several studies suggest persistent cognitive impairment in remitted depressed patients —(57). However, other data found nonsignificant or minor differences in cognitive functioning between patients with remitted MDD and healthy controls(8,9). Also data from meta-analysis tend to support the presence of cognitive impairment in remitted depressed patients (10,11). Cognitive impairments after a major depressive episode are associated with increased psychosocial disability, decreased functionality and unemployment — (1215). From the patients' part, cognitive dysfunction has been pointed as a fundamental determinant of the overall outcome regarding quality of life, psychosocial functioning and general mental health (16).

Approximately 20% of remitted MDD patients experience deficit in at least 2 cognitive domains (17). One study (18) showed that 94% of the patients eliciting cognitive complaints during the MDD episode continued to present

cognitive impairment even after affective symptoms have remitted.

These data suggest that cognitive impairment in MDD is both state-like – during the depressive episode and also trait-like – cognitive dysfunction in affective remitted patients. Both social and professional functioning of these patients is behind clinical recovery and some patient never fully recover. In patients with full clinical recovery but partial functional recovery, cognitive trait-like dysfunction is most likely.

Therefore, one of the main issues for improving global management of depressed patients is to better target cognitive dysfunction in remitted MDD. This is a fundamental issue to improve social and professional functioning in patients with MDD.

Available antidepressants, psychotherapeutic interventions and other adjunctive approaches such as: lithium or T3, which are effective in treating affective symptoms of MDD are insufficient for addressing cognitive impairments(19).

The purpose of our study is to review the current available and currently under development treatment options for cognitive impairment in remitted major depressive patients.

Method

We searched PubMed, ClinicalTrials.gov, Cochrane Reviews and European Trials Database for randomized clinical trials and meta-analyses fitting our description. In PubMed we used the command line ("cogn*" OR

¹"Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania.

²Prof. Dr. Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital, Bucharest, Romania.

"cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment") AND (remi* MDD OR remi* major depressive disorder OR remi* unipolar depression OR remi* depression) AND ("treatment" OR "treat*" OR "intervention"). This search returned 527 results. We included articles that had the following criteria: patients with remitted or partial remission of major depressive disorder, pharmacological interventions and cognitive functioning measurement as primary outcome.

After reviewing title and abstracts 4 articles warranted reading in full, the rest did not meet our inclusion criteria.

Results

Two studies ——(20,21) were included in the final review which met the inclusion criteria. The other two were excluded due to lack of cognitive evaluation as primary outcome. Detailed characteristics of the studies are presented in Table 1.

Study and year	Madhoo (2013)	Nierenberg (2019)
Duration	9 weeks	8 weeks
Total patients	143	151
Age,y (SD)	40.7 (± 10.23)	48.13 (± 11.4)
Intervention type	Add-on	Add-on/monotherapy
Primary medication	SSRI	SSRI/Vortioxetine
Medication used	Lisdexamfetamine	Vortioxetine
Cognitive evaluation	BRIEF -A	DSST
Mean reduction between intervention groups	-21.2 (-24.5, -17.9)	-0.01 (0.21)

Table 1. Detailed characteristics of the included studies

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors;
BRIEF-A - The Behavior Rating Inventory of Executive Function;
DSST - Digit Symbol Substitution Test; SD – standard deviation

Discussion

There are few good quality studies that research pharmacological treatment of residual cognitive impairment of remitted or partially remitted major depressive disorder patients.

Lisdexamfetamine (LDX) a drug approved for the treatment of ADHD has shown significant improvements in executive function as add-on therapy compared to placebo which is in accord with previous theories that noradrenergic and dopaminergic agents improve cognitive dysfunction (22). The medication is rather safe, with few adverse effects such as: small increase in heart rate, headache and insomnia (23). One drawback of this study was focusing only on disturbances in executive function which is not the only cognitive domain affected in major depressive disorder and another could be the short duration of the study.

Using vortioxetine as add-on therapy did show improvements of residual cognitive symptoms in euthymic MDD patients but it did not reach statistical

significance. Previous studies (16,24) using vortioxetine as monotherapy have also showed improvements in cognitive symptoms but in patients currently diagnosed with MDD. The safety profile was good with minor adverse events such as headache or nausea which were present in all groups. The failure to meet the primary endpoint and rather short duration of the evaluations are some of the inconveniences of this study.

Residual cognitive symptoms of major depressive disorder are persistent even after remission of the depressive episode (defined as a certain cut-off point on depression evaluation scales) (25) and it is a strong factor that impedes functional recovery, including workforce performance(12).

Currently, most studies ——(2628) approach cognitive deficits of major depressive disorder as secondary outcomes in clinical trials using pharmacological interventions. Caution should be used when interpreting such results, due to the possible confusion of cognitive impairment as a symptom of depression. These studies ——(2628) show improvements in cognitive function most likely secondary to improvements in mood symptoms, possibly making remitted patients with residual cognitive symptoms key participants in future studies.

When trying to design a study to evaluate treatment of residual cognitive symptoms in MDD one of the main setbacks encountered is the lack of consensus regarding cognitive evaluation tools. The tests used should extensively evaluate each cognitive domain known to be impaired in MDD: alertness, psychomotor speed, attention, memory, and executive functioning. It should also include both measures of objective and subjective cognitive impairment since discrepancies can be met: self-report symptoms could be more severe than objective measured impairment.

There are other drugs that could possibly be repurposed as attempts of treating cognitive impairment in major depressive disorder such as: erythropoietin (29), S-adenosyl methionine (30), modafinil (31), galantamine (32) and scopolamine (33). There are some results regarding efficacy of these drugs in improving cognitive dysfunction of patients with remitted MDD. In the RCT (29) involving erythropoietin (EPO) infusions as add-on therapy in patients with treatment resistant MDD showed no improvement in severity of affective symptoms in the intervention group compared to placebo. Regardless, the study still showed short and long-term (6 weeks) improvements in quality of life and verbal memory in the EPO group. S-adenosyl methionine, used as adjunctive therapy, showed improvements in information recall (30) compared to placebo in a secondary analysis of a 6-week trial of MDD patients. Modafinil added to the existing antidepressant therapy (31) resulted in improvement in cognitive interference as measured through the Stroop Test at 4-weeks follow-up. Galantamine (32) added to the antidepressant therapy and scopolamine (33) used in monotherapy showed no difference in cognitive dysfunction compared to placebo. None of the above studies had cognitive evaluation as primary outcome and aside for the EPO trial, statistical analysis was not used to control for improvements in affective symptoms. All

studies had a rather low number of patients (40 patients were highest in the EPO study) and, possibly, not a sufficiently long follow-up period (6 weeks was longest in EPO trial).

These repurposed drugs should be used in better designed clinical trials with cognitive dysfunction as primary outcome with remitted or partially remitted patients. Also, a strong statistical analysis and larger patient samples could help distinguish between direct pre-cognitive effects and cognitive benefits secondary to mood improvements. In addition, the influence of personality disorders should be taken into consideration as it can influence treatment response. Since persisting cognitive complaints in remitted MDD patients could represent a specific subtype of the entire MDD population, great care should be taken in regard to inclusion and exclusion criteria together with comprehensive data collection in order to control for any putatively confusing factors.

Conclusion

There is no current pharmacological treatment approved for the treatment of cognitive dysfunction in MDD. This urges the need for clinical trials in this field since cognitive dysfunction is one of the major predictors of poor functioning in MDD patients.

References

1. World Health Organization. Lets talk about depression [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
2. Henry JD, Crawford JR. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in depression. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2005;27(1):78101.
3. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(10):202940.
4. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull*. 2013;139(1):81.
5. Neu P, Bajbouj M, Schilling A, Godemann F, Berman RM, Schlattmann P. Cognitive function over the treatment course of depression in middle-aged patients: correlation with brain MRI signal hyperintensities. *J Psychiatr Res*. 2005;39(2):12935.
6. Hasselbalch BJ, Knorr U, Hasselbalch SG, Gade A, Kessing LV. The cumulative load of depressive illness is associated with cognitive function in the remitted state of unipolar depressive disorder. *Eur Psychiatry*. 2013;28(6):34955.
7. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR. Neurocognitive impairment in euthymic young adults with bipolar spectrum disorder and recurrent major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2006;8(1):406.
8. Beats BC, Sahakian BJ, Levy R. Cognitive performance in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in the elderly depressed. *Psychol Med*. 1996;26(3):591603.
9. Biringer E, Mykletun A, Sundet K, Kroken R, Stordal KI, Lund A. A longitudinal analysis of neurocognitive function in unipolar depression. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2007;29(8):87991. 10. Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011;134(13):2031.
11. Semkovska M, Quinlivan L, OGrady T, Johnson R, Collins A, OConnor J, et al. Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):85161.
12. Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA, Maes M, Fernandes BS, Berk M, et al. Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? *BMC Med*. 2016;14(1):9.
13. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Can J Psychiatry*. 2014;59(12):64954.
14. Chakrabarty T, Hadjipavlou G, Lam RW. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: assessment, impact, and management. *Focus* (Madison). 2016;14(2):194206.
15. Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R, De Jonge P, Van Sonderen E, Alonso J, et al. Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(6):4518.
16. McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, Woldeyohannes HO, Gallagher LA, Kudlow P, et al. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety*. 2013;30(6):51527.
17. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):112230.
18. Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH, Begley AE, Zmuda MD, Schoderbek B, et al. Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(5):41927.
19. Howland RH. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR* D)–Part 2: Study Outcomes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(10):214.
20. Madhoo M, Keefe RSE, Roth RM, Sambanaris A, Wu J, Trivedi MH, et al. Lisdexamfetamine dimesylate augmentation in adults with persistent executive dysfunction after partial or full remission of major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2014 ; 39 (6) : 138898 . Available from : <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2013.334>
21. Nierenberg AA, Loft H, Olsen CK. Treatment effects on residual cognitive symptoms among partially or fully remitted patients with major depressive disorder: A randomized, double-blinded, exploratory study with vortioxetine. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 ; 250 (February) : 3542 . Available from : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.006>
22. Killgore WDS, Muckle AE, Grugle NL, Killgore DB, Balkin TJ. Sex differences in cognitive estimation during sleep deprivation: effects of stimulant countermeasures. *Int J Neurosci*. 2008;118(11):154757.
23. Trivedi MH, Cutler AJ, Richards C, Lasser R, Geibel BB, Gao J, et al. A randomized controlled trial of the efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate as augmentation therapy in adults with residual symptoms of major depressive disorder after treatment with escitalopram. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(8):8029.
24. Katona C, Hansen T, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012;27(4):21523.
25. Bora E, Harrison BJ, Yücel M, Pantelis C. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: A meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;43(10):201726.
26. Herrera-Guzmán I, Gudayol-Ferré E, Herrera-Guzmán D, Guàrdia-Olmos J, Hinojosa-Calvo E, Herrera-Abarca JE. Effects of selective serotonin reuptake and dual serotonergic/noradrenergic reuptake treatments on memory and mental processing speed in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2009;43(9):85563.
27. Rosenblat JD, Kakar R, McIntyre RS. The cognitive effects of antidepressants in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016;19(2).
28. Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, Sheikh J, Xu J, Dinkel JJ, et al. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):9009.
29. Miskowiak KW, Vinberg M, Christensen EM, Bukh JD, Harmer CJ, Ehrenreich H, et al. Recombinant human erythropoietin for treating treatment-resistant depression: a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 2 trial. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(6):1399408.
30. Levkovitz Y, Alpert JE, Brintz CE, Mischnoun D, Papakostas GI. Effects of S-adenosylmethionine augmentation of serotonin-reuptake inhibitor antidepressants on cognitive symptoms of major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2012;136(3):11748.
31. DeBattista C, Lembeke A, Solvason HB, Ghebremichael R, Poirier J. A prospective trial of modafinil as an adjunctive treatment of major depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(1):8790.
32. Holtzheimer III PE, Meeks TW, Kelley ME, Mufti M, Young R, McWhorter K, et al. A double blind, placebo-controlled pilot study of galantamine augmentation of antidepressant treatment in older adults with major depression. *Int J Geriatr Psychiatry* A J psychiatry late life allied Sci. 2008;23(6):62531.
33. Furey ML, Drevets WC. Antidepressant efficacy of the antimuscarinic drug scopolamine: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):11219.

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ALCOHOL-RELATED SEIZURES

Elena A. Mănescu¹, Aurel P. Nireștean²

Abstract

Alcohol dependence is one of the most common causes of adult-onset seizures. Management of these patients remains a challenge, despite years of clinical practice. The current state of knowledge suggests that the occurrence of seizures in chronic alcoholism is not necessarily due to withdrawal but may have multiple aetiologies. Many factors have been reported to be associated with seizures in alcohol dependence therefore we intended to evaluate certain potential risk factors such as previous diagnostic of epilepsy and withdrawal-associated delirium tremens. This study has a descriptive design, outlining the clinical profile of patients with alcohol related seizures, while controlling for socio-demographical factors. Data were obtained from records of consults and admissions, in the emergency department of Psychiatric Clinic 2, Targu-Mures, during January-December 2018. Of the 274 patients included in the study, with mean age of 49.9 ± 11.3

years, only 19% ($n=52$) developed seizures and 7.3% ($n=20$) had been previously diagnosed with epilepsy. The logistic regression analysis found a significant effect of withdrawal on occurrence of seizures ($p=0.01$, $OR=2.78$, $CI(1.19, 6.52)$) compared to other admission diagnoses. Age group „20-39” years was significantly associated with a fourfold increased risk of seizures compared to other age groups ($p=0.02$, $OR=4.19$, $CI(1.22, 14.33)$). The previous diagnosis of epilepsy had also a statistically significant effect on increasing the risk of alcohol related seizures ($p<0.001$, $OR=10.73$, $CI(4.48, 25.71)$). Our study suggest that alcohol-related seizures may occur most frequently in the context of alcohol withdrawal and young age. Patients with a history of epilepsy are ten times more predisposed to develop seizures in the context of chronic alcohol abuse.

Keywords: alcohol-related seizures, risk factor, epilepsy, withdrawal.

Introduction

Alcohol-related seizures (ARS) stands for a diverse spectrum of disease that appears in patients with alcohol dependence. It has been known since the time of Hippocrates that alcohol abuse can lead to seizures, nevertheless, the nature of this association is complex, multifaceted and yet poorly understood. The risk of seizures seems to be dependent on the amount of alcohol ingested and duration of consumption [1]. The prevalence of seizures in patients with alcohol dependence is at least triple, compared to the general population [2] and the frequency of alcohol dependence in those presenting in the emergency services for seizures is remarkably high [3,4]. Despite this fact, both theoretical research and clinical management hardly meet the need.

The current state of knowledge suggests that the occurrence of seizures in chronic alcoholism is not necessarily due to withdrawal but may have multiple aetiologies. In more than 50% of cases ARS occur as a result of concurrent risk factors such as the toxic metabolic effect of ethanol in acute intoxication, head trauma or multiple toxic addictions [2]. Management and diagnosis of these conditions becomes much more complex, and the current understanding is far from enough for an appropriate management of these patients.

Many factors have been reported to be associated

with seizures in alcohol abuse [5,6], particularly previous diagnostic of epilepsy, as alcohol abuse seems to trigger latent epilepsy [7]. Therefore we intended to evaluate clinical potential risk factors for ARS, such as previous diagnostic of epilepsy and withdrawal-associated delirium tremens. This study has a descriptive design, outlining the clinical profile of patients with ARS, while controlling for socio-demographical factors.

Methods

Study setting and population

The study is cross-sectional retrospective. Data were obtained from records of consults and admissions, in the emergency department of Psychiatric Clinic 2, Targu-Mures, during January-December 2018. Ethical approval was obtained from hospital ethics committee. The study included patients with alcohol related diagnoses but only those with chronic alcoholism, as ARS are known to develop after several years of heavy consumption. Patients with dipsomanic alcohol consumption, those with use of psychoactive substances or other potentially convulsive settings were excluded. Altogether, 40 records were excluded from the analysis. Figure 1 describes the entire protocol applied to obtain the analysis dataset. The study included 274 patients with 299 admissions; 103 with the diagnosis of „alcohol

¹Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy Science and Technology Targu-Mures; Gheorghe Marinescu 38, Targu-Mures, Psychiatric Clinic no 2, 540142. Email: andreea.manescu5@gmail.com

²Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy Science and Technology Targu-Mures; Gheorghe Marinescu 38, Targu-Mures, Psychiatric Clinic no 2, 540142. Email: aurelniresorean@yahoo.com

Correspondence: Andreea Manescu, Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy Targu Mures, Gheorghe Marinescu 38, Targu-Mures, MS 540142. Email andreea.manescu5@gmail.com ; Tel: 0773928082.

dependence with acute intoxication”, 134 with the diagnosis of „alcohol dependence with withdrawal” and 37 with „alcohol dependence”.

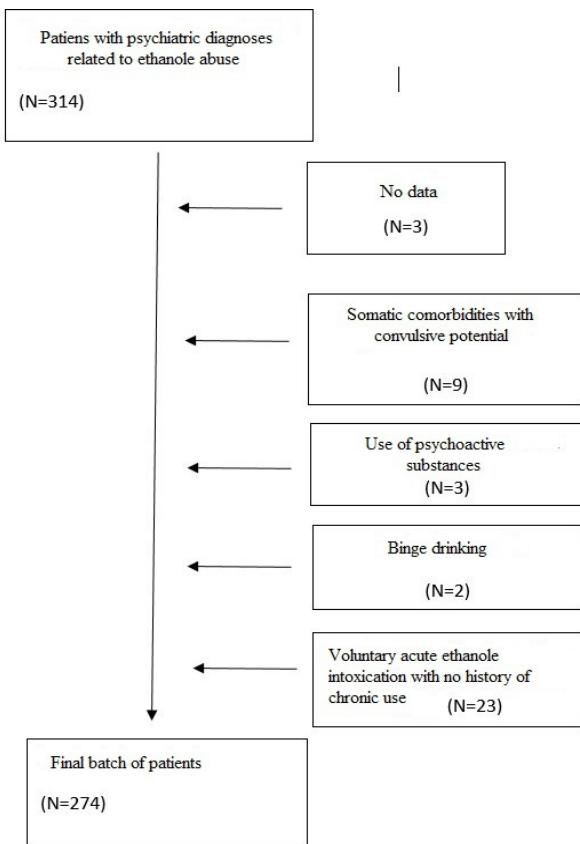


Figure 1. Selection of sample

Risk factor analysis

Logistic regression analysis was performed to assess odd ratios of occurrence of seizures in the pre-established settings. Socio-demographic characteristics were taken into account in the regression model. The outcome variable, meaning the presence or absence of seizures, was coded as binary. Independent variables were defined as follows:

- „admission diagnosis” and „age” as categorical variables including three categories;
- „withdrawal-associated delirium tremens”, „epilepsy”, „other non-epileptogenic comorbidities” as binary variables;

Data analysis

Descriptive statistics were performed for the socio-demographical characteristics of the participants. The Mann-Whitney test was applied for non-parametric analysis. For the 2X2 and 2X3 contingency tables, the Fischer-exact test and Chi² tests were applied. The Anova test was used to compare means. The statistical analysis was performed using STATA, version 14.2. Two-sided p-values less than or equal to 0.05 were considered statistically significant, and 95% confidence intervals (95% CIs) around proportions are provided.

Results

Table 1 shows the socio-demographical characteristics of the participants, the main diagnosis of admission as well as other associated psychiatric or somatic diagnoses.

<u>Sex n (%)</u>	
Female	26 (9.5)
Male	248 (90.5)
<u>Age, years: average (SD)</u>	
	49.9 (0.4)
<u>Age categories n (%)</u>	
20-39	45 (16.4)
40-59	168 (61.3)
60-79	61 (22.2)
<u>Origin n (%)</u>	
Urban	126 (46)
Rural	148 (54)
<u>Diagnostic n (%)</u>	
Ethanol withdrawal syndrome	134 (48.9)
Voluntary acute ethanol intoxication	103 (37.6)
Ethanol addiction	37 (13.5)
<u>Second diagnostic n (%)</u>	
Affective disorders	39 (14.2)
Psychotic disorders	10 (3.6)
None	225 (82.1)
<u>Comorbidities n (%)</u>	
Yes	87 (31.7)
No	167 (68.3)

Table 1. Patients characteristics, admission psychiatric diagnostic and other associated diagnoses

The prevalence age ($\text{Chi}^2=0.03$; $F=0.03$) for all three admission diagnoses was between 40 and 59 years. Only 19% ($n=52$) of patients included in the study developed seizures and 7.3% ($n=20$) had been previously diagnosed with epilepsy. Of patients who developed seizures, more than half (65.4%; $n=34$) were admitted for withdrawal, 19.2% ($n=10$) for alcohol intoxication and 15.4% ($n=8$) developed seizures outside withdrawal or acute intoxication circumstances, on the basis of chronic alcoholism. More than half of patients diagnosed with epilepsy (64.5%; $n=20$) developed ARS and all of them during withdrawal. The prevalence age of these patients was between 40 and 59 years.

Only 3.7% of withdrawal patients developed delirium tremens, 40% aged 20-39 years, 20% aged 40-59 years and 40% aged 60-79 years.

Sex distribution of data showed only a statistically significant difference (Pearson $\chi^2=8.2783$; $p<0.01$) between men and women, regarding area of living; women with chronic alcoholism being mostly from rural region while men had similar distribution between regions.

Table 2 shows the results of the logistic regression analysis investigating the occurrence of seizures given certain risk factors. Alcohol-withdrawal was associated with an almost triple risk of seizures ($p=0.01$, $OR=2.78$ CI(1.19, 6.52)) compared to other admission diagnoses (acute intoxication and alcohol dependence). The age group 20-39 years was significantly associated with a fourfold increased risk of seizures compared to

other age groups ($p=0.02$, OR=4.19, CI(1.22, 14.33)). Interestingly, history of epilepsy increased the risk of ARS tenfold ($p<0.001$, OR=10.73, CI(4.48, 25.71)).

	Seizures	
Predictors	OR value (95% CI)	p value
<u>Admission diagnostic</u>	2.78 (1.19, 6.52)	*0.01 0.07
Ethanol withdrawal	2.85 (0.9, 9.03)	-
Acute ethanol intoxication	-	
Ethanol addiction (ref)		
<u>History of epilepsy</u>	10.73 (4.48, 25.71)	*<0.001
<u>Gender</u>		
Male	1.16 (0.33, 4.11)	0.81
Female(ref)	-	-
<u>Age</u>		
20-39	4.19(1.22, 14.33)	*0.02 0.12
40-59	2.22 (0.8, 6.13)	-
60-79 (ref)	-	
<u>Delirium tremens</u>	0.49 (0.04, 4.49)	0.54
<u>Comorbidities</u>	0.69 (0.31, 1.51)	0.35

Table 2. Logistic regression analysis of seizures predictors.
*statistically significant p value

Discussion

The aim of the study was to analyze potential risk factors associated with ARS and to outline several clinical features of patients with chronic alcoholism which may prove to be relevant in dealing with these cases in the emergency department. A brief update on current knowledge while discussing our results, will bring context and help clarify the picture.

Our study focused on socio-demographical characteristics (i.e., age, gender, area of living) and clinical data (i.e., admission diagnosis, history of epilepsy, presence of delirium tremens and associated pathologies) using a multifaceted approach of the relationship between chronic alcoholism and seizures. The population studied included patients with chronic alcoholism in different settings such as acute intoxication and withdrawal but also patients who presented outside the mentioned circumstances, with the diagnosis of alcohol dependence. We used as a marker of severity of alcohol withdrawal the presence of delirium tremens as its predictive value is well-known [8]. However, the presence of delirium tremens did not prove to increase the risk of ARS occurrence in the studied population.

Alcohol withdrawal is a significant risk factor in the development of ARS, although its clinical relevance

has been questioned [9]. This study found alcohol withdrawal to be associated with an almost threefold risk of developing seizures, compared to the other two potential factors (acute intoxication and alcohol dependence). Although ARS are most commonly associated with withdrawal, which is also supported by the results of our study, pathological electrical hyperactivity is also reported outside withdrawal [10,11]. Gamma Amino Butyric Acid (GABA) stimulation as the effect of acute alcohol intoxication, increases the seizure threshold [2], but the excitatory effects of ethanol can also induce seizures, depicted when consuming considerable amounts of ethanol [10]. Therefore, ethanol may have an anticonvulsant but also a proconvulsivant function. ARS also occur in patients with chronic alcoholism and constant high blood alcohol levels that would be intoxicating to non-dependent patients [12]. Chronic ethanol abuse leads to the development of tolerance and physical dependence as a result of compensatory functional changes such as the negative feedback of GABA receptors and increased expression of N-Methyl D-Aspartate (NMDA) receptors [13]. This, together with other factors associated to chronic alcoholism such as hypokalemia [14] can lead to a decrease in the convulsive threshold triggering prolonged convulsive activity.

Interestingly, our study indicated a fourfold risk of alcohol-related seizures in patients aged 20 to 40 years. These results are partially in line with the current knowledge, stating that the first seizures in chronic alcoholism usually occur after the age of 30 [15, 16]. Brathen et al., [5] report a high prevalence of seizures in patients between 40 and 50 years. They also describe a downward trend beginning with early fifties'. Our study found a lower prevalence of seizures in older patients compared to younger ones. Interestingly, the prevalence age in patients with epilepsy and chronic alcohol abuse was 40 to 60 years, slightly different from patients without epilepsy. Taken together, the findings support the hypothesis that alcohol abuse does not contribute significantly to the higher incidence of seizures in the older population [17, 18].

Another remarkable result of the present study showed a tenfold increase in the risk of developing ARS in patients with both epilepsy and chronic alcoholism, and the seizures developed exclusively during alcohol-withdrawal. Studies have linked chronic alcoholism with poor seizure control in patients with epilepsy [19]. Several pathophysiological mechanisms have been proposed to justify this finding, including a "stimulant" influence of alcohol, a withdrawal event, and decreased absorption and increased metabolism of antiepileptic drugs through hepatic enzyme induction. Modified sleep patterns and non-compliance with medication may also add to poor seizure control [19].

The analysis of this study, however, is limited by its retrospective nature not being able to include measurements of the initial ethanol level or laboratory findings and other paraclinics. Adjacent data from two large prospective drug trials used to evaluate multiple risk factors associated with ARS, found only one significant result being that a high initial ethanol level was associated with a lower risk of developing ARS [20]. Although the study used a large epidemiological sample and included, both biological (e.g., heart and respiratory rate) and clinical (e.g., history of alcohol-related seizures, years of

alcohol abuse, daily ethanol consumption) variables while controlling for age and gender, no other correlations have been found.

Implications

A third of patients admitted for seizures report a recent history of alcohol abuse [7]. In spite of this, alcohol dependence is underevaluated as a cause of seizures, even by skilled clinicians. A study reported that twenty percent of seizures of unknown etiology at first admission are retrospectively rediagnosed as alcohol-related seizures after future convulsive episodes [21]. ARS often occur in the absence of other clues of alcohol withdrawal such as tachycardia, fever and hypertension [19]. Therefore, all patients admitted for seizures should be screened using a structured questionnaire for alcohol dependence when possible.

Fortunately, ARS are commonly associated with a better outcome compared with other causes [22]. The occurrence of both status epilepticus and partial seizures should, however, urge a thorough investigation for structural brain injuries and epilepsy [5].

Laboratory biomarkers and medical history are the main logics in identifying patients at high risk. It seems that the strongest predictor for occurrence of seizures is a history of a similar event [23, 24]. There is also evidence that a higher homocysteine blood level is suitable to predict withdrawal-related seizures [25, 26]. A recent study reported prolactin serum levels to be correlated with the severity of alcohol dependence and withdrawal symptoms [27]. Measuring specific biomarkers in alcohol-dependent patients can be beneficial in assessing the individual risk of seizures and in permitting tailored therapeutic strategies.

Competing interest: The authors declare no competing interests.

Funding: This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

Abbreviations

ARS: Alcohol-related seizures

GABA: Gamma-amino-butyric acid

NMDA: N-methyl-D-Aspartate

References

- Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2010; 51: 1177-1184. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02426.x
- Hillbom M, Pienimäki I, Leone M. Seizures in alcohol dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs*. 2003; 17 (14):1013-30.
- Earnest MP, Yarnell PR. Seizure admissions to a city hospital: The role of alcohol. *Epilepsia*. 1976; 17:387-93.
- Hillbom ME. Occurrence of cerebral seizures provoked by alcohol abuse. *Epilepsia*. 1980; 21:459-66.
- Bråthen G, Brodtkorb E, Helde G, Sand T, Bovim G. The diversity of seizures related to alcohol use. A study of consecutive patients. *European Journal of Neurology*. 1999; 6: 697-703. doi:10.1046/j.1468-1331.1999.660697.
- Rathlev NK, Ulrich AS, Delanty N, D'Onofrio G. Alcohol-related seizures. *J Emerg Med*. 2006; 31:157–163. Epub 2006/10/19.
- Bråthen G. Alcohol and epilepsy. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003; 123:1536-8.
- Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurol Scand*. 2017; 135(1):4-16. doi:10.1111/ane.12671.
- Ng SKC, Hauser WA, Brust JCM, Susser M. Alcohol withdrawal and consumption in new-onset seizures. *N Engl J Med*. 1988; 319: 666-73.
- Yamane H, Katoh N. Alcoholic epilepsy. A definition and a description of other convulsions related to alcoholism. *Eur Neurol*. 1981; 20:17-24.
- Devetag F, Mandich G, Zaiotti G, Toffolo GG. Alcoholic epilepsy: review of a series and proposed classification and etiopathogenesis. *Ital J Neurol Sci*. 1983; 3:275-84.
- Rathlev NK, Ulrich A, Shieh T, Callum M, Bernstein E, D'Onofrio G. Etiology and weekly occurrence of alcohol-related seizures. *Acad Emerg Med*. 2002; 9:824-8.
- Hughes JR. Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy Behav*. 2009; 15:92-97.
- Chen WH, Yin HL, Lin HS, Chen SS, Liu JS. Delayed hypokalemic paroxysms following a convolution due to alcohol abstinence. *J Clin Neurosci*. 2006; 13:453-456.
- Haasz I, Culz S, Haasz A, Turudic M, Milosavljevic L. Alcoholismus und Epilepsie. 1972; 8: 59-64.
- Avdaloff W. Alcoholism, seizures and cerebral atrophy. *Adv Biol Psychiatr*. 1979; 3:20-32.
- Forsgren L, Bucht G, Eriksson S, Bergmark L. Incidence and clinical characterization of unprovoked seizures in adults: A prospective population-based study. *Epilepsia*. 1996; 37:224-229.
- Hauser WA, Annegers J, Kurland L. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. 1993; *Epilepsia* 34:453-468.)
- Mattson RH, Fay ML, Sturman JK, Cramer JA, Wallace JD, Mattson EM. The effect of various patterns of alcohol use on seizures in patients with epilepsy. In: Porter RJ, Mattson RH, Cramer JA, Diamond I, eds. *Alcohol and seizures: basic mechanisms and clinical concepts*. Philadelphia, PA: FA Davis Company; 1990:233-40.
- Rathlev NK, Ulrich A, Fish SS, D'Onofrio G. Clinical Characteristics as Predictors of Recurrent Alcohol-related Seizures. *Academic Emergency Medicine*. 2000; 7: 886-891. doi:10.1111/j.1553-2712.2000.tb02066.x
- Pienimäki I, Telakivi TM, Hillbom ME. Outcome in subjects with alcohol-provoked seizures. *Alcohol Clin Exp Res*. 1992; 16:955-9.
- Alldredge BK, Lowenstein DH. Status epilepticus related to alcohol abuse. *Epilepsia* 1993; 34:1033-7.
- Berggren U, Fahlik C, Berglund KJ, Blennow K, Zetterberg H, Balldin J. Thrombocytopenia in early alcohol withdrawal is associated with development of delirium tremens or seizures. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44:382-386.
- Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014; 38:2664-2677.
- Bleich S, Degner D, Bandelow B, von Ahsen N, Ruther E, Kornhuber J. Plasma homocysteine is a predictor of alcohol withdrawal seizures. *Neuroreport*. 2000; 11: 2749-2752.
- Bayerlein K, Hillemacher T, Reulbach U, Mugele B, Sperling W, Kornhuber J, Bleich S: Alcoholism-associated hyperhomocysteinemia and previous withdrawal seizures. *Biol Psychiatry*. 2005; 57: 1590-1593.
- Wilhelm J, Heberlein A, Karagulle D, Groschl M, Kornhuber J, Riera R, Frieling H, Bleich S, Hillemacher T: Prolactin serum levels during alcohol withdrawal are associated with the severity of alcohol dependence and withdrawal symptoms. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011; 35: 235-239.

PROGRESSIVE RELAXATION WITH DIRECT IMAGING - AN ALTERNATIVE METHOD OF THERAPEUTIC APPROACH TO BURNOUT SYNDROME

Adina Maris¹, Septimiu Viodazan², Aurel Nirestean³

Abstract

Background: Burnout syndrome is increasingly common in professional environments that require interaction with people. Taken so far in Romania more pharmacologically, burnout syndrome has been masked many times under the diagnosis of major depressive disorder.

Methods: The present study describes the applicability of progressive relaxation therapy with guided imaging on a sample of subjects with burnout syndrome. Using suggestion therapy at the same time, this method brings a

novelty to the syndrome approach.

Results: The results show significant differences in the intensity and number of symptoms present at the beginning of the therapy period and after the therapy period.

Conclusions: This method can be applied to other psychiatric disorders, both as a therapy in itself and as an adjuvant for pharmacological treatment.

Key words: burnout syndrome, dimensions of burnout syndrome, symptoms, progressive relaxation, guided imagery, positive suggestions.

INTRODUCTION

Burnout syndrome is a nosological entity brought to the forefront of the rhythms of contemporary life. Over-solicitation in the professional role represents the specific etiological framework but the clinical manifestations are conditioned by a variety of factors among which the personality structure occupies a particular position. The most affected professions are in the medical domain (1,2,3), the education system (4) and the legal field (5).

Burnout syndrome was included in May 2019 in the international classification of diseases being defined by World Health Organization "syndrome appeared as a result of chronic stress at work, which has not been successfully managed." (6) It has three dimensions: feelings of emotional exhaustion, feelings of negativism or cynicism related to the workplace and reduced professional effectiveness. (7)

Incidence is high in all areas of stress overload and emotional stress, women are more affected than men. Neuroticism, agreeableness, extraversion and conscientiousness are personality traits that predict at least two of the dimensions of burnout syndrome (8).

The symptomatology is complex and has an effect on the subjects in somatic, cognitive, affective and volitional-motivational plan. Because of the interference of the affective symptoms with depressive symptoms, burnout syndrome is often confused with a major depressive episode or with an anxiety neurasteriform syndrome; they are present in all aspects of the patient's life. On the contrary, by definition, burnout is a syndrome restricted to the patient's professional environment.(9)

The increased frequency with which burnout syndrome appears in more and more professional environments, its medical and social complications including occupational abandonment, have required the diversification of the therapeutic approach variants. This can be of a psychological type, by changing the lifestyle and the way in which the work is viewed (10) or the symptomatic anxiolytic, antidepressant and psycho-depressant type as well as for depression (11).

In this study we tried to introduce a therapeutic method to replace the drug treatment. Relaxation, as a method of catharsis, has been and is being used in various therapies, either as a technique or as an objective. In the Schultz autogenous training, the progressive relaxation of the body helps to relax the psyche and to eliminate the effects of stress (12). The clinical indications of autogenous training are varied, especially in anxiety disorders, panic attacks and sleep disorders (13). In cognitive behavioral psychotherapy, psychic relaxation is the main objective by replacing maladaptive cognitions with adaptive ones, favoring the adaptation of subjects to stressful events (14).

In this study we used relaxation as a therapy method, combining relaxation with guided imagery.

Using the existing data, we have assumed that a positive effect of relaxation with directed imaging, will improve the symptoms and will prevent the complications of burnout syndrome.

MATERIAL AND METHOD

The study was attended by 30 subjects who

¹PhD Student, University of Medicine, Farmacy Science and Technology, Targu Mures, Clinical Psychologist, Emergency Hospital County, Targu Mures, Bd.Gheorghe Marinescu no.50, adinamaris@gmail.com

²Associate professor, Departament of Epidemiology, University of Medicine, Farmacy and Technology, Targu Mures

³M.D.,PhD,Professor of Psychiatry, University of Medicine Farmacy Science and Technology Targu Mures, Senior Psychiatrist Psychiatric Clinic No.II, Targu Mures

volunteered. The evaluation methods were: the clinical interview and the psychometric evaluation. The presence of other psychiatric or medical conditions was defined using the clinical interview. We worked on the psychological dimensions of burnout syndrome and on the symptomatology, using deep relaxation with guided imagery and suggestion therapy.

To evaluate the presence of burnout syndrome we used the Maslach Burnout Inventory. The 3 dimensions concerned were depersonalization, reduction of personal achievements and emotional exhaustion. Depersonalization refers to the deterioration of interpersonal relationships both at work and at home, cynicism, attitude of rejection of others and affective detachment. The lack of personal achievements refers to the feeling of dissatisfaction with the results of the work and the desire to change the workplace or the field of activity. Emotional exhaustion includes low emotional tone, fatigue, loss of energy, perception of inadequacy of emotions with the created situation (15).

To identify the present symptomatology, we used the Hamilton Scale for Depression. (16).The Hamilton scale includes 17 items for the assessment of cognitive, behavioral and somatic components, rated at 3-5 degrees and is a good indicator of the overall intensity of depressive syndrome (17).The scale is not used for diagnosis, in the present study it was used to find out to what extent the therapy decreased the intensity of the symptoms. Both the symptoms identified by the Hamilton Scale and the presence of burnout dimensions were used to construct the positive suggestions that were given during relaxation.

For each patient we allocated 5-6 relaxation sessions with guided imagery. The time between sessions was 3 weeks. For the induction of relaxation we used a musical background that induces a theta path on the encephalogram. On this musical background we used a guided imagery in which the patient was invited to imagine a bright, warm and pleasant light, which envelops his body and relaxes each organ, tissue and cell of the body, thus favoring the feeling of relaxation (18). The induction state of relaxation lasts 15-20 minutes, it is slow, to give the patient time to free his mind of thoughts, fears, anxiety, thus bringing the state of consciousness to a minimum in order to receive positive suggestions at the level of the subconscious. The deepening of the state of relaxation was done using the inverse count from 15 to 1 and still using the directed imagery. After the induction of the relaxation state, we used the suggestion therapy, telling the subjects positive personalized affirmations, depending on the case and using the results of the assessments through the psychological tests "I believe in myself", "I succeed in everything I propose", "I communicate efficiently", "My colleagues collaborate with me", "I fall asleep easier in the evening", "I have a deep and restful sleep",etc. Each session focused on one type of suggestions: suggestions for self-confidence, suggestions for positive thinking, suggestions for combating insomnia, suggestions for reducing physical symptoms, suggestions for efficient communication and positive relationships, suggestions for increasing motivation. At the end of the suggestion therapy, which lasts about 15 minutes, we used the guided imagery again, inviting the patient to imagine the situation in which he is

healthy, understands and communicates well in his relationships, is rested, balanced, has a new place job, a new career change opportunity. At the end, the patient was restored to the waking state, using the count from 1 to 5.

The sessions were recorded and the subjects listened every night before bedtime, for a better setting of suggestions.

At a 1-month interval after the end of the therapy, subjects were reassessed with the same tests to record statistical differences between the data recorded at the beginning of therapy and the data recorded at the end of therapy and to note the changes that occurred after the therapy.

Along with the psychometric evaluation, a semi-structured interview, consisting of two questions, was applied to the subjects, in which they noted the benefits of the therapy and what changes occurred in their life.

Statistical method:

Nominal or qualitative variables were expressed numerically. The quantitative variables were tested for normality using the Kolmogorov-Smirnov test and were characterized by median and percentile (25-75%) or by mean and standard deviation (SD). We used the chi-square test for the percentage differences, and for the quantitative variables we used the Parametric Paired Student's t Test and the Nonparametric Wilcoxon Test. The level of statistical significance was considered at a level $p < 0.05$.

RESULTS

The group on which the suggestion therapy was applied was made up of 30 persons with ages between 29 and 58 years, mainly females that live in an urban environment. The professions were mainly intellectual (doctors, teachers, lawyers, economists, reporters, therapists), but also workers in public nutrition, call-center operators, secretaries (table 1).

	Age	Sex	Environment of origin		Type of profession		
			M	F	urban	rural	Intellectual professions
No.of subject	30	2	28	30	-	16	14

Table 1. Socio-demographic data of the study group

The initial evaluation resulted in the confirmation of the presence of burnout syndrome, affecting all three dimensions of burnout. Of the 30 patients, 83.3% had high scores on the depersonalization dimension, 73.3% had high scores on the personal achievement dimension and 100.0% had high scores on the emotional exhaustion dimension.

Following the application of the suggestion therapy starting from the 3 dimensions of the burnout syndrome administering positive suggestions for the feeling of depersonalization, the lack of personal achievements and the state of emotional exhaustion, the values were highly significant, which shows the improvement of the average values of the burnout dimensions. Through the Student Pair Statistical Test, we expressed the significant differences in the

depersonalization, personal achievement and emotional exhaustion dimensions before therapy in comparison with the post-therapy evolution, the value of p being highly statistically significant - 0.0001 (fig.1-3).

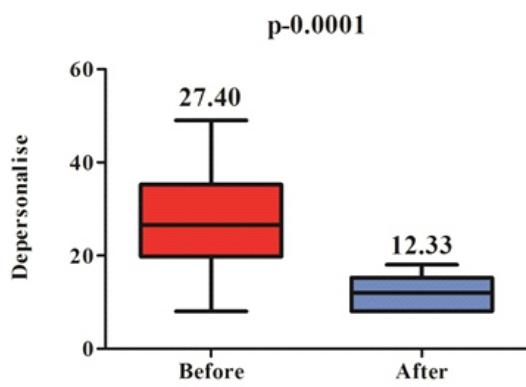


Figure 1. Blox-plot diagram of comparative expression of depersonalization dimension before relaxation therapy versus after relaxation therapy

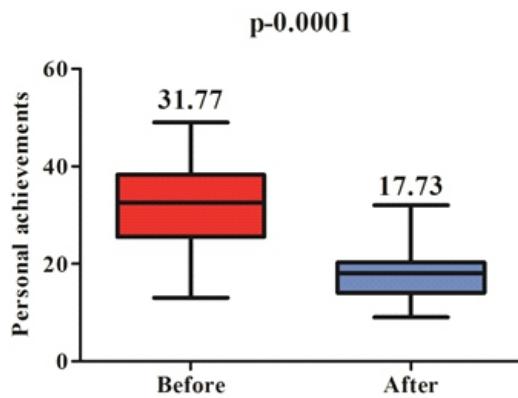


Figure 2. Blox-plot diagram of comparative expression of personal achievement dimension before relaxation therapy versus after relaxation therapy

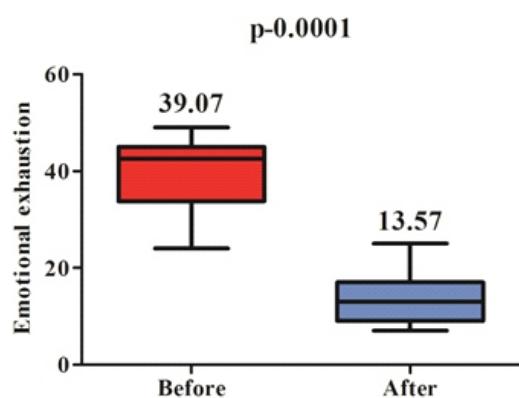


Figure 3. Blox-plot diagram of comparative expression of the dimension of emotional exhaustion before relaxation therapy versus after relaxation therapy

The depersonalization dimension has been improved by

improving personal relationships and at work, the patients becoming more collaborative. Corresponding to personal achievement, this is reflected in the increase of job satisfaction, confirmation of professional occupation and change of profession in three of the cases. The state of emotional exhaustion, viewed as a major volitional support, has changed by regaining the emotional balance and motivation for the professional activity.

Following the application of suggestion therapy on the following symptoms: depressive state, feelings of guilt and ideas of suicide, insomnia, inhibition, agitation, anxiety on the psychic and somatic level, general and particular somatic symptoms depending on the case, the symptoms were significantly reduced in almost all patients (Table 2).

	Before therapy	After therapy
Depressed mood	26	6
Feelings of guilt	24	7
Suicidal ideas	6	0
Insomnia: early in the night	12	5
Insomnia: middle of the night	17	4
Insomnia: early hours of the morning	18	5
Work and activities	20	4
Retardation	13	3
Agitation	16	5
Anxiety psychic	27	17
Anxiety somatic	24	11
Gastrointestinal Symptoms	10	4
General Somatic Symptoms	21	7
Genitals Symptoms	16	6
Hypocondriasis	15	6
Lost of weight	2	1
Insight	11	15

Table 2. Number of subjects who had the following symptoms before and after therapy

The Hamilton Scale scores for each patient before and after therapy are shown in Table 3, which shows a significant reduction in the number of symptoms and their intensity, for each patient (Table 3).

No.crt	Before therapy	After therapy
1	18	4
2	11	1
3	17	6
4	21	7
5	20	13
6	24	3
7	26	19
8	26	3
9	21	18
10	19	2
11	37	4
12	33	5
13	20	15
14	17	2
15	24	6
16	15	5
17	14	0
18	9	3
19	3	0
20	13	6
21	21	5
22	10	1
23	40	7
24	16	11
25	12	10
26	16	1
27	16	3
28	32	1
29	17	3
30	37	5

Table 3. Hamilton scores before and after therapy for each subject

Using the Student statistical test, the differences are statistically significant, as shown in Figure 4.

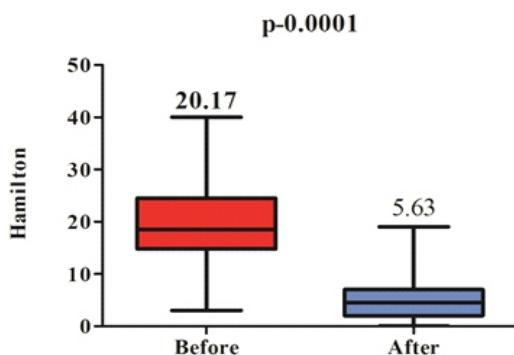


Figure 4. Comparative expression box-plot diagram of the Hamilton scale before relaxation therapy versus after relaxation therapy

DISCUSSION

In the present study we wanted to evidence how progressive relaxation with directed imagery contributes to diminishing the number and intensity of symptoms of burnout syndrome. Following relaxation sessions with directed imagery, depressive symptoms and feelings of guilt were significantly reduced, intensity of suicidal ideation, sleep disturbances, decreased inhibition, anxiety, somatic symptoms, hypochondriac tendencies, and the feeling of job satisfaction evidently increased. The capacity of self-analysis was improved by awareness of the disease as belonging to the lifestyle, the subjects being motivated to change their lifestyle through proper nutrition and practicing sports. The negative hypertensive states were blurred and their meanings were used in their adaptive version. Patients significantly improved their communication skills, adapting to situations, as well as the ability to use time efficiently and decision-making ability.

In a 2009 study published by the Postgraduate Medical Journal, are shown as in our study, that the size of emotional exhaustion was the most affected in burnout cases.(19)

In a 2018 study published in Complementary Therapies in Medicine, which evaluated 262 papers published between 1926-2016 on progressive relaxation therapy, the authors found 6 relevant studies that prove the statistically significant reduction of migraines only with autogenous training or combined with biofeedback (20).

In the study "Burnout syndrome and analytical hypnosis", Susanna Carolusson describes outstanding results from suggestion therapy in patients who had burnout syndrome and the importance of relaxation for sleep disorder therapy. (21)

In the present study, progressive relaxation with guided imaging and suggestion therapy led to statistically significant results on a multitude of symptoms, including anxiety, depression, insomnia and somatic symptoms.

CONCLUSIONS

Progressive relaxation therapy with guided imaging is beneficial for reducing the symptoms of burnout syndrome and can be used both as a therapy in itself and as an adjuvant in drug treatment. Being a noninvasive therapy with no side effects, progressive relaxation therapy with guided imaging is used for other psychiatric disorders, successfully completing the pharmacological treatment.

References

- Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros D & all (2009), *Professional Burnout Syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil*. Brazilian Medical Association Journal, 55(6):656-62
- Karamanova A , Todorova I, Montgomery A (2016), *Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries*, International Archives of Occupational and Environmental Health, 89(7): 1059
- Monsalve-Reye C.S., San Luis-Costas C., Gómez-Urquiza J.L. & all. *Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis*. BMC Fam Pract 19, 59 (2018) doi:10.1186/s12875-018-0748-z
- Ptáček R, Vnuková M, Raboch J, et al.(2019) *Burnout Syndrome and Lifestyle Among Primary School Teachers: A Czech Representative Study*. Med Sci Monit.;25(5):4974–4981. Published 2019 Jul 5. doi:10.12659/MSM.914205

- 5.Tsai FJ, Huang WL, Chan CC,(2009) *Occupational Stress and Burnout of Lawyers*, Journal of Occupational Health,51(5): 443-450
- 6.WHO: *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. 28 may 2019
- 7.Stomff M,(2016), *Burnout syndrome or emotional burning syndrome*, Journal of psychological studies, Hyperion University 4: 34 -47.
- 8.De la Fuente GA, Vargas C, Concepcion SL & all.(2015) *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. International Journal of Nursing Studies 52:240–249
- 9.Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). *Burnout in Nursing Staff: Is There a Relationship between Depression and Burnout?* The International Journal of Psychiatry in Medicine, 29(4): 421–433.
- 10.Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M., & von Zweck, C. M. (2012). *Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 79(2): 86–95.
- 11.GiurgiucaA,(2018), *Pharmacological treatment in major depressive disorder*, Psihiatru.ro, 53 (2): 6-13
- 12.Luthe W.,(1963) *Autogenic Training: Method, Research and Application in Medicine*, The American Journal of Psychotherapy, 17 (2): 174-195
- 13.Bowden A, (2003) *Autogenic Training, a non-drug approach to anxiety, panic attacks and insomnia; A report on the introduction of Autogenic Training into a Primary Care Group Harrow East and Kingsbury PCG.*
- 14.David D,(2016), *Treated by cognitive and behavioral psychotherapies*, ed. II, Ed.Polirom
- 15.Maslach C., & Leitityter, MP,(2016), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior*, Handbook of Stress Series 1(43): 351 –357
- 16.Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62
- 17.Williams JB (2001) *Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251(2):6-12
- 18.Gabor E,(2018),*Manual de hipnoterapie*, Editura Farmamedia
- 19.Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M, (2010), *Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country*, Postgraduate Medical Journal, 86: 266-271
- 20.Eunjoo Seo, Eunhee Hong, Yiehon Choi & all (2018), *Efectiveness of autogenic training on headache: A systematic review* Complementary Therapies in Medicine; 39:62-67
- 21.Carolusson S.(2014), *Burnout syndrome and analytical hypnosis*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy; 2: 71-84.

DIMENSIONAL PERSONOLOGICAL PREDISPOSITION IN THE MEDICAL PROFESSIONAL CHOICE

Lorena M. Muntean¹, Aurel P. Nireștean², Emese E. Lukács³

Abstract

Introduction: It is considered that the role of a doctor is in the territory between his/her intellectual capacity, his/her personality, the interests and values by which he/her is guided [2]. Among the many factors that influence the choice of medical specialization, personality traits play a central role [3].

Objectives: We aim to evaluate the associations between the personality dimensions and the individual abilities, respectively the option regarding the specialty in the professional career.

Material and method: The present study is of observational-transversal type and targets doctors currently in their residency training. The sample of the study consists of a number of 129 resident doctors from different medical specialties, whose personality was evaluated from a dimensional point of view after the Big Five model with the help of autochthonous DECAS personality inventory scale.

Results: Resident psychiatrists highlight lower conscientiousness compared to other specialties, also showing higher agreeableness. Lower extraversion is associated with paraclinical specialties, while higher extraversion was attributed to surgical specialties. Higher conscientiousness characterize a doctor's vocation in general, and was found in sub-specialties of internal medicine. At the same time, the doctors in this specialty also showed an increased agreeableness. Doctors in all specialties had a low level of emotional stability.

Conclusions: The study highlights the connection between personality dimensions and orientation in professional activity among the subjects studied. Research in this area can lead to the development of educational programs in order to advise future doctors on the choice regarding a medical career.

Key words: personality, dimensional perspective, Big Five, medical specialty, resident doctors

1. Introduction

Professional activity occupies a large part of personal life as a form of activity covering the entire active period. For this reason, choosing the right medical specialty ensures the well-being, mental health of the doctor and increases medical care quality [1].

It is widely considered that the doctors' role is on the line between his/her intellectual capacity, his/her personality, the interests and values by which he/she is guided in life. Among the many factors that have an influence in choosing the medical specialty, personality traits play an essential role.

The connection between the doctor and the chosen specialty targets two aspects: the possibility to build on the potential by developing skills and the chance to have a maximum efficiency in the chosen specialty. If we look at the medical specialty as a process of professional training by developing skills and achieving performance, we can say that there is a close connection between personality and profession [4].

Considering the medical choice as a result of the

association between the subjective, internal conditions and the objective, external ones, the motivation is the strongest although it is not always acknowledged by the individual and it is the one who will determine the choice of the medical specialty.

Thus, in the international literature we can find studies which investigated the role of personality in choosing the medical specialty, but also the way in which doctors perform their medical activity, respond to stress and achieve performances. It is also implied that the personality defines the way in which the doctor performs his/her professional activities and also the reporting to those around them.

From a dimensional perspective, previous studies showed that the surgical specialty is associated with high levels of extraversion and low levels of agreeableness. Psychiatrists are described by lower conscientiousness compared to surgeons, but the openness and emotional stability are increased compared to other specialties. It is highlighted that women prefer specialties which require more contact with the patient, unlike men, who prefer

¹Grad student, "George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology of Târgu Mureş, Gheorghe Marinescu Street, No 38, Târgu Mureş, Mureş, România; Resident doctor, Psychiatric Clinic No. II, Mureş County Hospital, Gheorghe Marinescu Street, No 38, Târgu Mureş, Mureş, România.

²Professor of Psychiatry, "George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology of Târgu Mureş, Gheorghe Marinescu Street, No 38, Târgu Mureş, Mureş, România; Senior Psychiatrist, Head of Department, Psychiatric Clinic No. II, Mureş County Hospital, Gheorghe Marinescu Street, No 38, Târgu Mureş, Mureş, România.

³Lecturer, "George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology of Târgu Mureş, Gheorghe Marinescu Street, No 38, Târgu Mureş, Mureş, România, Senior Psychiatrist.

Correspondence address: Lorena Mihaela Muntean, Liliacului street, No 373/o, Corunca, Mureş, România; e-mail: lorenaa_a@yahoo.com

surgical specialties, which require dexterity. Psychiatrists change their specialty more frequently compared to internists.

Agreeableness is increased in internists, and low levels of it associated with lower neuroticism, are specific to surgeons.

Conscientiousness is considered the most important factor for the doctor's role in the professional field, so doctors with increased conscientiousness have a higher level of self-control, persistence and rigor in their activity.

All these aspects are reflected in the decision-making process, in the organised and sustained activity, in the doctor-patient relationship as well as in the inter-collegial relationships, proving that the levels of personality dimensions have an important role in the medical career.

There are many motivations for choosing a medical specialty. Personality plays an essential role and along with it come the desire of affirmation, lifestyle quality, work schedule and free time offer.

Regarding professional satisfaction and the performance obtained at work, there is no direct relationship, but the most efficient doctors are also the most satisfied; satisfaction which comes from interpersonal relationships as well as from the environment in which the doctor carries out his/her activity.

Studying and understanding the dimensional personality of doctors can improve the quality of the medical care of patients, due to the fact that by choosing the right specialty, the doctor will be able to better cope with professional stress.

Considering the aspects mentioned previously, through this study we aim to evaluate the associations between the personality dimensions and the individual abilities, respectively the option regarding the specialty in the professional career.

2. Material and method

The present study is of observational-transversal type and targets resident doctors from the representative university medical center.

The sample of the study consists of a number of 129 resident doctors from different medical specialties, whose personality was evaluated from a dimensional point of view after the Big Five model with the help of autochthonous DECAS personality inventory scale. Doctors who are in the second specialization and those whose results could not be processed considering the results obtained at internal validation scales, were excluded from the study.

The statistical analysis was performed by using Microsoft Excel 2010, GraphPad Instat and GraphPad Prism 8. The significance level (α) was set to 0.05, with a confidence interval of 95%. The Grubbs test was used to detect outliers and the Kolmogorov-Smirnov test to determine the distribution type of parameters. To compare the parametric numerical data, we used the student T test for unmatched data with the previous F test, and for the nonparametric data we used the Mann Whitney test.

3. Results and discussions

The total number of doctors who answered the questionnaire is 143, of which 14 doctors were excluded due to non-fulfillment of the eligibility criteria. The study included 129 resident doctors aged between 25-35 years, from different specialties during the training courses in residency. The majority was represented by the internal

medicine including its sub-specialties (32.56%), followed by psychiatrists (26.36%), surgical specialties (13.96%) and paraclinical specialties (8.51). 18.61% of respondents are doctors in the specialties of family medicine, emergency medicine, anesthesia and intensive care and in pediatrics. The psychiatry specialty (26.36%) was evaluated as a separate entity due to its particularities and status among medical specialties. Women doctors (74.41%) are much more numerous than men (26.39%) and have shown an obvious superior availability, relational vivacity, curiosity and openness to dialogue as facets of personality dimensions.

Specialties	n=129, f(%)		Total (n=129) Number f(%)
	Sex		
	Women	Men	
Psychiatry	23 (67,64)	11 (32,36)	34 (26,36)
Internal medicine	35 (83,33)	7 (16,67)	42 (32,56)
Paraclinical specialties	7 (63,63)	4 (36,37)	11 (8,51)
Surgical specialties	13 (72,22)	5 (27,78)	18 (13,96)
Other family medicine, emergency medicine, anesthesia and intensive care, pediatrics	19 (79,16)	5 (20,84)	24 (18,61)

Table 1 Included group in the study according to specialties

The study highlights lower values of the conscientiousness in psychiatric residents compared to other specialties ($p < 0.0151$), Bexelius et al (2016) also showed that the conscientiousness is lower in psychiatrists. Lower conscientiousness - in the adaptive sense - is manifested by high flexibility, spontaneity, nonconformity, good ability to adapt to new situations, increased tolerance for less structured activities, increased need for free and natural manifestation in the roles of life. Most of those who opted for psychiatry have higher values of agreeableness compared to doctors in other specialties ($p < 0.0382$). Increased agreeableness characterizes altruistic, friendly, empathic people who trust the quality of the condition. They maintain harmonious and quality relationships with those around them and have the ability to reduce conflicts, preferring constructive strategies over coercive ones. They are socially oriented towards rewarding the efforts of others. All these attributes are compatible with the psychiatrist.

On the other hand a lower extraversion is shown in paraclinical specialties ($p < 0.0284$), who have less contact with patients. This is also observed by Mullola et al (2018). They are characterized as socially withdrawn, reserved, with a passive attitude, preferring to let those around them take the initiative. This result confirms the preference of predominantly introverted people for solitary and quiet activities in the medical field.

Higher extraversion is shown in surgical specialties ($p < 0.0049$) compared to doctors in other specialties, this being confirmed by Mehmod et al. (2013). The result confirms the high level of activism, boldness, risk-taking, increased self-confidence and

structural optimism of surgery practitioners. They prefer to act and take the initiative quickly, aspects that are indispensable for surgery.

Higher conscientiousness characterize a doctor's vocation in general, and was found in sub-specialties of internal medicine ($p < 0.0478$). People with higher conscientiousness have a high level of self-control and self-confidence, are responsible and persevering. They are orderly, meticulous and prefer organized and well-structured activities. They have more controlled emotions, are trustworthy and can be a model for a balanced and healthy lifestyle. They may neglect their personal lives in favor of work. Mullola et al (2018) also highlighted the fact that internists have higher conscientiousness. At the same time, the doctors in this specialty showed an increased agreeableness ($p < 0.0440$) compared to doctors in the rest of the specialties. They are characterized by various facets of empathy including patience and supportive style.

Doctors in all specialties had a low level of emotional stability. This argues for a certain level of structural anxiety that may be initially adaptive, but in the case of the intervention of unpredictable stress factors, may become clinically manifest.

The associations between personality dimensions and medical specialties are set out in table 2.

Specialties	Dimensions				
	D	E	C	A	S
	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD
Psychiatry	55,829 11,612	49,370 9,978	44,45 7,687	52,379 9,731	47,579 7,687
Internal medicine	50,826 10,038	47,754 10,568	50,408 10,079	50,210 8,507	45,136 7,721
Paraclinical specialties	51,336 10,650	42,963 9,599	49,2 10,601	48,536 9,718	47,136 10,697
Surgical specialties	54,066 8,407	56,6 9,254	48,327 9,786	47,133 7,801	43,338 8,206
Other (family medicine, emergency medicine, anesthesia and intensive care, pediatrics)	51,25 9,132	55,966 10,579	44,416 8,611	43,908 7,548	43,45 6,516
	p	p	p	p	p
Psychiatry/ Internal medicine, paraclinical specialties, surgical specialties other	0,1331	0,7260	0,0151	0,0382	0,1196
Paraclinical specialties/ Internal medicine, surgical specialties psychiatry, other	0,5271	0,0284	0,6390	0,8626	0,6616
Internal medicine/ paraclinical specialties, psychiatry, surgical specialties other	0,0440	0,0772	0,0478	0,5464	0,4905
surgical specialties/ paraclinical specialties, psychiatry, internal medicine, other	0,4082	0,0049	0,8993	0,0976	0,2375

Table 2 The associations between personality dimensions and medical specialties

In our country, the choice of medical specialty is conditioned by the grade obtained at the National Residency Contest and by the number of positions made available to the candidates by the Ministry of Health. Given these conditions, the professional option may not be the one initially preferred.

The number of doctors included in the study is small, which is why it was necessary to sample them in representative groups, that do not provide an image of the profile of each specialty.

The study highlights associations on personality dimensions and orientation in professional activity among the subjects studied. These associations remaind valid, even in the absence of a specific self-knowledge on the compatibility between personal style - conditioned by personality dimensions - and the chosen medical specialty.

The personality assessment from a dimensional point of view is useful in reducing the discrepancies between the abilities and personal style, and between the characteristics of the professional activity and the proposed objectives, respectively.

This approach could be integrated into educational programs and interventions designed to support decision-making in career guidance, by highlighting favorable and / or vulnerable personological factors.

4.Certifications

Each author confirms that this article has not been sent to another publication and has not been published in another journal in its entirety or in a similar form.

All authors approved the content of this paper and agreed with the publication requirements of the Romanian Journal of Psychiatry.

Ethical approval for this study was obtained from the "George Emil Palade" Univeristy of Medicine, Pharamacy, Science and Technology of Târgu Mureş; Institutional Review Board (02.04.2020 – decision no. 832). Written informed consent was obtained from the study participants.

The authors declare that they have no competing interests.

5.Abbreviations

DECAS: Personality inventory, acronym for the dimensions of the model of the five factors; D: Opening; E: Extraversion; C: Conscientiousness; A: Agreeableness; S: Emotional stability

References

- 1.Aurel Nireștean, Mihai Ardelean. Personalitate și profesie. Târgu-Mureş: Univeristy Press. 2001. ISBN 973-98753-7-8.
- 2.Hojat M, Erdmann JB, Gonnella JS. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE guide no. 79. Medical Teacher. 2013; 35(7):e1267–301.
- 3.Borges, Nicole & Savickas, Mark. Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. Journal of Career Assessment - JCAREER ASSESSMENT. 2002:362-380.
- 4.Bradley A. Maron, Steven Fein, Barry J. Maron, Alexander T. Hillel, Mariam M. El Baghdadi, Paul Rodenhauser. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2007 Jan; 20(1): 22–26.
- 5.Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. Med Educ. 2004; 38(2):177–86.
- 6.Boyd R, Brown T. Pilot study of Myers Briggs type Indicator personality profiling in emergency department senior medical staff. Emerg Med Australas. 2005; 17(3):200–3.
- 7.Yu-Che Chang, Hsu-Min Tseng, Xaviera Xiao, Roy Y. L. Ngerng, Chiao-Lin Wu, Chung-Hsien Chau. Examining the association of

- career stage and medical specialty with personality preferences – a cross sectional survey of junior doctors and attending physicians from various specialties. *BMC Medical Education.* 2019;19:363.
- 8.Mehmood SI, Khan MA, Walsh KM, Borleffs JCC. Personality types and specialist choices in medical students. *Medical Teacher.* 2013; 35(1):63–8.
- 9.Bexelius TS, Olsson C, Järnbert-Pettersson H, Parmskog M, Ponzer S, Dahlén M. Association between personality traits and future choice of specialisation among Swedish doctors: a cross-sectional study. *Postgrad Med J.* 2016; 92(1090):441–6.
- 10.Markert RJ, Rodenhauser P, El-Baghdadi MM, Juskaite K, Hillel AT, Maron BA. Personality as a prognostic factor for specialty choice: a prospective study of 4 medical school classes. *The Medscape Journal of Medicine.* 2008; 10(2):49.
- 11.Maron BA, Fein S, Maron BJ, Hillel AT, El-Baghdadi MM, Rodenhauser P. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc (Baylor Univ Med Cent).* 2007; 20(1):22–6.
- 12.Woolf K, Elton C, Newport M. The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: a longitudinal cohort study. *BMC Medical Education.* 2015; 15(1):46–57.
- 13.Wilson I, Griffin B, Lampe L, Eley D, Corrigan G, Kelly B, Stagg P. Variation in personality traits of medical students between schools of medicine. *Medical Teacher.* 2013; 35(11):944–8.
- 14.Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school and in a medical career: systematic review of the literature. *BMJ.* 2002; 324:952–7.
- 15.Ferguson E, Semper H, Yates J, Fitzgerald JE, Skatova A, James D. The 'dark side' and 'bright side' of personality: when too much conscientiousness and too little anxiety are detrimental with respect to the Acquisition of Medical Knowledge and Skill. *PLoS One.* 2014; 9(2):e88606.
- 16.Ferguson E, James D, O'Hehir F, Saunders A. A pilot study of the roles of personality, references and personal statements in relation to performance over the five years of a medical degree. *BMJ.* 2003;326:429–32.
- 17.Boyce CJ, Wood AM, Brown GDA. The dark side of conscientiousness: conscientious people experience greater drops in life satisfaction following unemployment. *J Res Pers.* 2010; 44(4):535–9.
- 18.Sava, Florin. DECAS. Personality Inventory. User Manual. ArtPress Publishing House, Timișoara, 2008.
- 19.Lukacs Emese. Teză de doctorat – Primul episod psihotic între dimensiuni și categorii personologice. Târgu-Mureş. 2012.
- 20.Sari Mullola, Christian Hakulinen, Justin Presseau, David Gimeno Ruiz de Porras, Markus Jokela, Taina Hints, Marko Elovaainio. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Medical Education* (2018) 18:52.
- 21.Lukacs E, Nireștean A, Oltean A. (2018) Conscientiousness Dimension and Pathological Personalities. *Romanian Journal of Psychiatry,* vol. XX (2), 55-56.

THE EFFECT OF DEPRESSION ON OBJECTIVE AND SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA DIAGNOSED PATIENTS

Valentin P. Matei¹, Alexandru N. Pavel², Irina Duțu, Alina E. Roșca³

Abstract

Introduction: Quality of life is an important parameter that clinicians must take into serious consideration when managing a patient with schizophrenia. It is crucial that more studies are performed in order to extend our knowledge of factors that influence quality of life to better approach treatment in patients with schizophrenia, a chronic, life-time disease.

Method: We evaluated patients who met DSM IV or ICD-10 criteria of schizophrenia that were admitted in the "Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital in Bucharest between 01.10.2009 – 01.10.2012. This was a prospective non-interventional study assessing quality of life in chronic schizophrenia patients. Our purpose was to evaluate quality of life in patients presenting symptoms of depression measured on the G6 sub-scale of the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Descriptive statistics were used to characterize the sample and simple linear regressions were used to assess the impact of depression on quality of life and self-esteem (determined

through the Global Assessment of Functioning - GAF, World Health Association - WHO-QOL and Rosenberg SelfEsteem Inventory).

Results: We included all the patients that did not have any missing data, resulting in a total of 110. Forty-five (14.6%) were males and the mean (standard deviation) age was 40.2 (10.37) years. The mean PANSS G6 score was 3, representing mild to moderate depression. Schizophrenia patients with depression had poorer quality of life, specifically in the physical ($p=.002$), social relationships ($p=.034$) and psychological domains ($p=.005$) of the WHO-QOL. It was also related to lower self-esteem ($p=.001$) as measured by Rosenberg Inventory and had no impact ($p=.259$) on GAF score.

Conclusion: Depression is frequent in schizophrenia and has a negative impact on quality of life. It is important to acknowledge these symptoms and thoroughly treat them in order to improve quality of life in these patients.

Key words: depression, schizophrenia, quality of life, self-esteem.

INTRODUCTION

It is considered(1) that among patients diagnosed with schizophrenia 6% to 65% experience depressive symptoms during the course of the disease. The cause of these symptoms might be the neuroleptic treatment ("neuroleptic induced dysphoria"), comprehending the disease and its negative impact on one's life, a biological vulnerability towards depression, or various combination between the above. Yet others (2) consider depression as a primarily symptom in schizophrenia, with higher rates being reported (3) in the acute phase compared to stable patients.

Quality of life (QoL), defined (4) as "the sense of wellbeing and satisfaction experienced by people under their current life circumstances" is an important factor both for patients and clinicians, making it worth improving by healthcare systems. Patients with schizophrenia, generally have(5) poor to modest quality of life.

Depression in patients diagnosed with schizophrenia could be considered both an advantage and a disadvantage since its presence at the diagnosis of schizophrenia predicts a better outcome at a 2-year follow-

up(6) while lowering the quality of life(7).

It is considered important to control for the negative symptoms when assessing the effects of depression on QoL since they can act as a confounder due to the overlap between them (anhedonia, apathy, lack of determination). When evaluating their effect on QoL, results have been mixed, with some studies reporting associations between negative symptoms and depression (8,9) while others reported no such association(10-13).

Schizophrenia patients who have depression also have increased psychopathological symptoms measured on the PANSS scale(14). Scores are higher for each type of sub-scale: positive symptoms, negative symptoms and general. PANSS total scores too have an influence on quality of life, with higher scores reflecting poorer quality of life. The most affected domains regarding quality of life in depressed schizophrenia patients were: social engagement, interpersonal communication and independence performance. On the PANSS scale, higher scores of depression and excitation have led to worse life satisfaction(15).

Depression and anhedonia are negatively

¹Senior Psychiatrist, "Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital, Senior Lecturer at the University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest

²Psychiatry Resident, "Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital, Lecturer at the University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest

³Senior Psychiatrist, "Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital, Lecturer at the University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest

correlated with subjective quality of life, a relationship maintained after controlling for positive and negative symptoms of schizophrenia (16). Neither depression nor anxiety seemed to have an impact on objective quality of life. Another study (17) supports this result, reported worse subjective quality of life when more depressive symptoms were present, even after controlling for social and demographic factors (age, education, marital status). Only severity of negative symptoms was significantly associated with poor quality of life. It seems that subjective and objective quality of life are not fully interdependent, hence the different factors influencing each type of quality of life. Patients tend to have a higher score of depression at first evaluation, descending with future evaluations independently of treatment (7). This could be explained by the loss of insight as the disease progresses. Some studies(18,19) showed that good insight is associated with depression, low quality of life and low self-esteem, moderated by stigma.

Our study aims to evaluate the effect of depression on objective and subjective quality of life in schizophrenia diagnosed patients.

MATERIALS AND METHOD

The sample used is from a doctoral paper data base(20) and it contains 110 patients voluntarily admitted in "Alexandru Obregia" psychiatric hospital during 01.10.2009 – 01.10.2012 with the DSM IV-TR or ICD-10 diagnosis of schizophrenia. Patients' ages were between 18 and 65 years old and they were treated with an antipsychotic for at least 4 weeks prior to inclusion. We included in the analysis only patients that had data for all the variables tested.

QoL was examined using the World Health Organization – Quality of Life scale (WHO-QOL), self-esteem was assessed with the Rosenberg scale, functionality was assessed with the Global Assessment of Functioning scale (GAFS) and clinical symptoms with the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).

The WHO-QOL BREF (21) scale produces a quality of life profile. It denotes the individual's perception of quality of life in the following domains: Physical (with sub-domains of: activities of daily living, dependence on medicinal substances and medical aids, energy and fatigue, mobility, pain and discomfort, sleep and rest, work capacity), Psychological (with the sub-domain of: bodily image and appearance, negative and positive feelings, self-esteem, spirituality / religion / personal beliefs and thinking, learning, memory and concentration), Social Relationships (with sub-domains of: personal relationships, social support, sexual activity) and Environment (with sub-domains of: financial resources, freedom, physical safety and security, health and social care, home environment, opportunities for acquiring new information and skills, recreation / leisure activities, physical environment and transport).

The Rosenberg self-esteem scale (22) is a 10-item self-report instrument for evaluating self-esteem by measuring positive and negative attitudes toward the self.

The Global Assessment of Functioning Scale (GAFS) (23) is an instrument that measures psychological, social, and occupational functioning of mental illness patients, does not include limitations of

functioning due to physical (or environmental) setbacks and has a score ranging from 1 (worst) to 100 (best).

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (24) is considered the "gold standard" for assessment of antipsychotic treatment efficacy. It has 30 items and it practically consists of four scales measuring positive and negative symptoms, their differential, and general severity of illness. In order to evaluate depression, we used the sub-scale of depression (G6) from the PANSS scale. It has a score of 1 to 7 with higher scores meaning worse depression. The depression subscale of the PANSS has proven (25) to be a reliable tool for assessing depression in schizophrenia patients, similar to Calgary Depression Scale (CDSS) and considered better than Hamilton Depression Scale (HAM-D) when assessing these patients.

STATISTICAL ANALYSIS

Descriptive statistics were used to present the characteristics of the sample using number of cases (percentage) for categorical variables such as: gender, marital status, professional status, years of disease; and mean (standard deviation) for continuous variables such as: age, PANSS, Rosenberg, GAF and WHO-QOL scores. Simple linear regressions were calculated to predict QoL based on PANSS G6 scores. Significance was considered for alpha below 0.05.

RESULTS

Social and demographic characteristic are presented in Table 1. Results from our analysis are reported in Table 2.

	N (%)
Males	45 (14.6)
Age*	40.2 (10.37)
Marital status	
Single	54 (49.1)
Married	21 (19.1)
Divorced	26 (23.6)
Other	9 (8.2)
Professional status	
Employed	16 (14.5)
Unemployed	94 (86.5)
Years of disease	
<2 years	71 (64.6)
>2 years	39 (35.4)

Table 1

*results are presented with mean (standard deviation)

Scales	M, SD	β
PANSS G6	3.04, 1.16	Independent variable
GAFS	75.14, 9.17	.259, .012, -.109
ROSENBERG	6.86, 8.58	.001 , .094, -.307
WHO-QOL BREF		
Physical	16.15, 8.58	.002 , .083, -.287
Social relationships	3.37, 4.25	.034 , .041, -.202
Psychological	10.99, 6.17	.005 , .072, -.269
Environment	9.98, 12	.22, .014, -.119

Table 2.

M – mean, SD – standard deviation, statistically significant results are presented in bold

Discussions

When evaluating subjective quality of life, our results were in accordance with literature (14,17) correlating depression with worse social relationships, psychological and physical functioning. This means that patients who have depressive symptoms tend to perform poorly at activities of daily living, have lower energy, complain of fatigue, pain and discomfort.

Although, with all these sub-domains being affected by depressive symptoms, no significant association was found with the environment sub-domain. This could be related to the presence of a caregiver who contributes to making a better environment for the patient.

Depression in schizophrenia symptoms lowers self-esteem, as also supported by literature results(26,27). With a mean score of 6.86 on the Rosenberg Inventory, from our analysis, it seems that depression is one of the biggest contributors to poor self-esteem, which in term contributes to a lower quality of life (28). It can be concluded that depression lowers quality of life not just by itself but also through poor self-esteem.

Depression did not influence the global functioning of schizophrenia patients, as assessed by the clinician through GAFS. The mean GAF score of our patients was 75, placing it in the upper half of the scale. This means that only a mild deterioration in social and professional function was observed. Our result contradicts some studies which state a positive association between the GAF and global quality of life(29), being worth to note that their GAF score was lower (score of 62) than the one in this analysis (score of 75). Other studies found no association between the two (30), emphasizing the dichotomy (subjective and objective) of life quality (31) and altogether the importance of the patients subjective perception of the matter. There are differences discussed in literature regarding objective and subjective quality of life with interventions bringing positive contributions to either objective or subjective quality of life or to both.

According to our results, the mean score of the PANSS depression (G6) was 3, meaning that patients were reported to have mild to moderate depression. We have found similar reports in literature (25). One of the explanations for reporting mild to moderate depression and not higher severity of disease could probably be attributed to lower insight into the disease. It has also been argued that patients with schizophrenia have difficulties expressing emotion while their subjective experience remains unaffected (32). With PANSS being a clinician rated scale it may not capture the full extent of the patients' depressive symptoms.

CONCLUSIONS

Depression appears frequently in schizophrenia patients. The concomitant presence of depression in these patients is associated with a decreased QoL. For this reason, it is of utmost importance to identify and thoroughly treat depressive symptoms in patients with schizophrenia in order to improve their quality of life.

References

1. Weinberger DR, Marenco S. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Schizophrenia*. 2003;32648.
2. Johnson DAW. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1981;139(2):89101.
3. Mulholland C, Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Adv Psychiatr Treat*. 2000;6(3):16977.
4. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(4):36973.
5. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94(2):11824.
6. Lindenmayer J, Kay SR. Depression ,Affect and Negative Symptoms in Schizophrenia. 1989;155:10814.
7. Moritz AKS, Schoder MLS. PANSS Syndromes and Quality of Life in Schizophrenia. 2005;3206.
8. Prosser ES, Csernansky JG, Kaplan J, Thiemann S, Becker TJ, Hollister LE. Depression, parkinsonian symptoms, and negative symptoms in schizophrenics treated with neuroleptics. *J Nerv Ment Dis*. 1987;
9. Müller MJ, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Depressive factors and their relationships with other symptom domains in schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic depression. *Schizophr Bull*. 2001;27(1):1928.
10. Goldman RG, Tandon R, Liberon I, Greden JF. Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*. 1992;25(1):4956.
11. Barnes TRE, Curson DA, Liddle PF, Patel M. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989;154(4):48691.
12. Mauri MC, Bitetto A, Fabiano L, Laini V, Steinhilber C, Fornier M, et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: the effect of four neuroleptic drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1999;23(1):4354.
13. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*. 2000;45(12):4756.
14. Theodosopoulou E, Raftopoulos V. A study to ascertain the patients satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients satisfaction in Poland Volume 52. 2007;(February).
15. Reine G, S DT, Sapin C, Depression AP. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. 2003;297303.
16. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia : contributions of anxiety and depression. 2001;51.
17. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. 2008;98:2018.
18. Rieckmann N, Reichenberg A, Bowie CR, Parrella M, White L, Friedman JI, et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. 2005;77:17987.
19. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* [Internet]. 2 0 0 9 ; 1 1 5 (2 3) : 3 6 3 9 . A v a i l a b l e f r o m : <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.06.015>
20. Rosca AE. Particularități ale calității vieții în schizofrenie. [Bucharest]: Carol Davila Medicine and Pharmacy;
21. The WHOQOL Group. Whoqol-Bref: Introduction ,Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. *Program Ment Heal*. 1996;(December):16.
22. Gray-Little B, Williams VSL, Hancock TD. An item response theory analysis of the Rosenberg self-esteem scale. *Personal Soc Psychol Bull*. 1997;23(5):44351.
23. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10:111.
24. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):26176.
25. El M, Battas O, Agoub M, Moussaoui D, Gutknecht C, Dalery J, et al. Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia. 2002;56:1217.
26. Karatzias T, Gumley A, Power K, OGrady M. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2007;48(4):3715.
27. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res*. 2004;129(2):1417.
28. Kunikata H, Mino Y, Nakajima K. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(2):1639.
29. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in.pdf. 1997;6:216.
30. Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia: Regular article. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(4):5218.
31. Skantz K et al. Quality of life in schizophrenia. *Nord Psykiatr Tidsskr*. 1990;(44):715.
32. M KA, L KS, A SD, M NJ. Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *J Abnorm Psychol*. 1993;102(4):50717.

SOMATIC DELUSIONAL DISORDER IN A PATIENT WITH IDIOPATHIC NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS

Ana A. Talaşman¹, Claudiu G. Ionescu², Maria M. Manea³, Sorin Tuta⁴

Abstract

Background: The delusional disorder represents one of the most difficult psychiatric disorders in terms of treatment and management because of the beliefs and convictions presented by the patient, the absence of insight and also the treatment-resistance. Of these, the somatic delusion or the hypochondriac delusion represent that situation in which the patient presents the conviction that certain parts of his body doesn't work properly and that some parts of its have exaggerated or diminished dimensions or they present various unpleasant olfactory and tasteful features.

One of the specificities of this disorder is represented by the non-bizarre character of the delusion in contrast to the others bizarre delusions specific to schizophrenia but which the patient supports without a doubt in contrast to the somatoform disorder.⁽¹⁾

Purpose and methods: The purpose of the presentation is to highlight the evolution of such a somatic delusion disorder and the challenges met throughout the diagnosis and investigation processes corroborating the brain changes we found with the prognosis of the current disorder.

Description of the case: D.E. is a 64 years old woman presenting in our clinic having in her psychiatric antecedents only one admission until now and which presents a delusion somatic disorder consisting of T8-T10

located vertebral-thoracic hyperalgesia accompanied by depressive mood with anhedonia, high-intensity anxiety and aboulia. The patient argues that she suffered a thoracic-lumbar trauma by falling from the same level 8 years ago and since then the somatic complaints appeared. All this time the patient underwent three surgeries located at the vertebra-thoracic level, without a consistent improvement of the symptoms.

At the cerebral computerized tomography performed in our clinic is highlighted a normal pressure hydrocephalus. Following psychotropic treatment and various interclinical consultations the patient exits our service with an improved affective status and a still maintained but low-intensity somatic delusion.

Conclusions: It is necessary that the somatic delusion disorder be strictly differentiated by the somatoform disorder and the major depressive disorder with somatic complaints. Also, the differential diagnosis of the possible somatic etiologies must be taken into account. In this regard the psychiatric interview and the brain changes highlighted paraclinically may be essential in the diagnosis and the future evolution of the psychiatric disorder.

Key words: delusion, hydrocephalus, somatic, somatoform, cognitive

INTRODUCTION

The delusional disorder represents that type of psychiatric disorder in which the patient presents false beliefs and various non-bizarre thoughts during over a month and whom we cannot attribute another psychiatric etiology. The term „non-bizarre” refers to ideas which are perfectly falling in a normal life situation and have the normal possibility to simply happen. Such delusions are those of persecution, injury, relationships or somatic changes in one's body or somatic complaints. Also, at the same patient it may happen to exist many delusional ideas but with only one prevailing among the others.⁽²⁾

The cause of the somatic delusion disorder is still unknown. The major difference is that with the affective disorders and schizophrenia. Among the factors which can influence the onset of the affection we mention the biological ones like various neurologic disorders affecting the limbic system and the basal ganglia. The psychodynamic factors refer to the defenses mechanisms supported by Freud or the paranoid pseudo-communities supported by Cameron.⁽³⁾

Also, the social isolation, the psychodynamics of development, various deficiencies at the visual or acoustic analyzers level, poor socio-economic status, the vulnerability of various social categories like prisoners or

¹MD, PhD, Teaching Assistant, „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital Teaching Assistant, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

²MD, PhD student, „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

³MD, PhD, Teaching Assistant National Institute of Neurology and Neurovascular Diseases, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

⁴MD, PhD, Lecturer, National Institute of Neurology and Neurovascular Diseases, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Psychiatry XII, Department „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital, Bucharest, Romania

Correspondence Author: Claudiu G Ionescu Tel: +40748054156, email: claudiugabrielionescu@gmail.com

immigrants, all of them can have an important role in the onset and maintenance of any type of delusional disorder.⁽⁴⁾

From the point of view of the clinical picture it is essential to be retained the systematized non-bizarre delusion which doesn't affect the patient's current basic functioning.

The affective symptoms which accompany this type of disorder are congruent with the patient's complaints unlike the bizarre delusions which we can find in the psychotic-spectrum disorders. Also it's important to keep in mind that this disorder isn't assigned to the consumption of various psychoactive substances nor to other somatic affections.

There is, however, a lot of somatic co-morbidities which manifest somatic delusion complaints like vascular disorders: hypertensive encephalopathy, cerebral tumors, the onset of various degenerative diseases cerebrally located, subdural traumas, infectious disorders like Creutzfeld-Jakob disease and neurosyphilis. Also, endocrine pathologies or vitamin deficiency like B12, latent intoxication with Mercury, Arsenic or Thallium may contribute to the onset of various types of delusional disorders.

The prognosis of this type of affection is a reserved one because of, primary, the treatment resistance and also the long duration until the first psychiatric intervention because of the stigma issues among patients. The faulty relationship between the patient and his family and also, his therapist considering the absence of insight in this type of patients.

CASE PRESENTATION

D.E. is a 64 years old woman which presents in our clinic, with the purpose of admission, one year after her first admission in a psychiatric unit where she presented a depressive mood disorder.

MEDICAL HISTORY

The onset of the disorder is 8 years back when the patient suffered a domestic accident by falling from the same level with the result of a lumbar trauma which required only symptomatic treatment with NSAID's and muscle relaxants drugs. From that moment the patient presents the somatic complaints which made her address the neurosurgery service. Within 7 years, in the spinal surgery service, she suffered a number of three different vertebral surgeries located in the T8-T10 area in 2011, T12 area in 2012 and again, T12 area in 2016. Following surgery the patient presents a slight improvement of the symptoms.

In the absence of improvement following the symptomatic treatments during one year, her family decides that it is the moment for asking a psychiatric consultation beside the visible reluctance of the patient because of the psychiatric stigma which could have been put on her.

During the evolution of the disorder, the patient retired from her professional activity: she was an editor at a literary publishing house, a retirement that was motivated by the legal retirement age not by the impairment caused by her somatic complaints. During her first psychiatric hospitalization the treatment consisted of Duloxetine 60mg/day, Quetiapine 50mg/day, Gabapentin 400mg/day and Lorazepam 1mg/day during the first three days.

After that, the treatment has been augmented with Mirtazapine 30mg/day and Quetiapine 300mg/day.

The discharge diagnosis was: Major depressive episode without psychotic symptoms according to the ICD-10 and DSM IV classifications.⁽⁵⁾ The patient is discharged and observed for 6 months with this treatment. During this treatment she doesn't see a real improvement of the symptoms. Her family mention that the patient is affected on her daily activities she cannot accomplish her domestic activities or her hobbies. Consequently, she quits taking the medication after 4 months.

Afterwards, approximately 6 months after interrupting the psychotropic treatment, the patient is admitted into our clinic presenting depressive mood, generalized anxiety, somatic delusions, marked decrease in her functionality, mixed insomnia disorders.

PSYCHIATRIC INTERVIEW

At the time of examination the patient presents a normal and careful outfit, appropriate hygiene, normal awareness level, cooperative, calm, temporal-spatial orientated, mimics and gesture according to the depressive mood, global impaired attention and concentration, denies any qualitative disturbances of perception.

Slow rhythm and ideas flow with coherent narrative speech, centered on the somatic complaints which get delusional accents, suspiciousness, depressive ideas of incapacity, incurability and devaluation. Generalized anxiety, marked delusional ideas with somatic complaints precisely localized at the thoracic-lumbar level the patient describing „I feel like something is moving back and forward in my body”, „I feel how it flows”, „I don't know exactly what it is but I feel something like an electric flow and it has not ever yield with anything I tried, no treatment ever helped me and I feel the same level of intensity.”, marked emotional impairment with easily cry.

Reduced tolerance to frustration, mixed insomnia disorders, daytime somnolence, low daily efficiency, decreased food appetite, absence of insight of the disease. The physical examination highlights the post-surgery thoracic dorsal scars. Objective, psychomotor slowness.

The laboratory investigations including the blood tests of the blood count and biochemistry show modified values for triglycerides-243 (N 0-150), Cholesterol-265 (N <200).

Blood tests for HIV(human immunodeficiency virus), viral hepatitis, VDRL (venereal disease research laboratory), Treponema antibody test- all negative.

The psychological exam indicates a MMSE (mini mental state examination) of 27 out of 30 points, clock test-10 out of 10 points, ADL- personal autonomy 6 out of 10 points, IADL- 6 out of 8 points, GAFS (global assessment of functioning)-55 out of 100 points, with the final conclusions: mild cognitive impairment, restricted interests area, marked emotional impairment, reduced tolerance to frustration, low daily efficiency, anxious-avoidant personality disorder.

The cerebral computerized tomography shows the lack of recent vascular modifications, lack of space-replacing processes at the infratentorial nevral level or supratentorial. High-dimensioned, symmetrical ventricular system. The maximum ventricular diameter is of 25 mm. Without the presence of periventricular diffusion edema. Increasing intergyri and interhemispheric margins. Overpneumatized paranasal

sinuses and temporal bone and normal pressure hydrocephalus, unaggressive, follow to be investigated.

Electrocardiogram-normal route

Neurological exam- neurological clinically normal, posttraumatic intercostals neuralgia. Recommendations: continues the psychotropic treatment.

PSYCHOTROPIC TREATMENT

In day 1 of admission the patient receives Risperidone oral solution 2ml/day, Venlafaxine 75mg/day, Gabapentine 600mg/day, Clonazepamum 1mg/day, Trihexyphenidyl 4mg/day.

During the first 7 days the symptoms don't improve so the treatment is augmented to Risperidone oral solution 4ml/day, Venlafaxine 150mg/day, Clonazepamum 2mg/day.

After day 9 of admission Pramiracetam 600mg /day is added.

The symptoms are slightly decreasing and the affective state is markedly improved.

After a 21 days hospitalization the patient exists the clinic with a general slightly decreasing intensity of the affective symptoms while the somatic delusion persists but has become encapsulated. The patient is directed to the Neurology department for further investigations regarding the cerebral changes highlighted and the differential diagnosis.

Four months after discharge, during which time she followed the psychotropic treatment, the patient decides not to continue the investigations in the Neurology service for monitoring. However, she finally decides to go to the Neurology service where she presents mainly uppervertically oculomotoric disorder, unsteady mobilization, slow rational thinking, symmetrical hypokinesia , cognitive impairment (MMSE 21 out of 30 points, MoCA (Montreal cognitive assessment) 10 out of 30 points, impaired visual and spatial function, impaired global memory, impaired attention and abstraction capacity, result that are adapted to the educational level of the patient, few episodes of early falls without losing consciousness and episodes of urinary incontinence.

The neurological examination conducted at that time raise suspicion of progressive supranuclear palsy parkinsonism syndrome which is why imagistic investigations were performed such as cerebral magnetic resonance imaging (MRI) which doesn't highlight suggestive changes according to this type of diagnosis. But they are several changes like tetraventricular hydrocephalus without activity signs, corpus callosum atrophy and mild bounding of the midbrain tegmentum and tectum with its flattening, low midbrain atrophy and high-dimensioned quadrigeminal cistern like shown in Figure 1.

At the cerebral computerized tomography conducted in the Neurology department it is showed hydrocephalus without any activity signs.

Because after the imagistic investigations the symptoms were explained by the existence of the hydrocephalus it was decided to perform the TUG test (Timed Up and Go) which represents a quantitative method used in eligible ventriculoperitoneal shunt surgery patients evaluation.⁽⁶⁾

After the extraction of 50 ml of cerebrospinal fluid there was a remarkably improvement in the patient's movement. Four hours after the test conduction the patient presented a response of 20% and after almost two hours a response of 40%.

The urinary incontinence, the movement difficulties and

the cognitive impairment or Hakim-Adams Syndrome⁽⁷⁾ represent the specific clinical features of normal pressure hydrocephalus and the vertical oculomotricity paresis although it is not a typical feature of the normal pressure hydrocephalus, it can appear like a normal consequence of the quadrigeminal cistern compression.

However, both the early cognitive impairment as well as the existence of the oculomotoric disorders represent „red flags” for normal pressure hydrocephalus. In literature there is data about the possibility of a normal pressure hydrocephalus with a PSP-like⁽⁸⁾ syndrome phenotype like in our patient's situation the more there is a response to the TUG test. However, there were also described case series where the hydrocephalus was the onset presentation of a PSP anatomopathological demonstrated and which responded moderately to the ventriculoperitoneal shunt surgery but not a long-term response.⁽⁹⁾

That is why it was decided to delay the ventriculoperitoneal shunt surgery for further following the clinical phenotype. Two months after, the ventriculoperitoneal shunt was conducted and it was highlighted a marked improvement at the patient's cognitive level.

During the hospitalization the patient received the psychotropic treatment recommended by the psychiatrist and consisted of Risperidone 4ml/day, Clonazepamum 2 mg/day, Venlafaxine 150mg/day , Pramiracetam 1200mg/day.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

The differential diagnosis was made with the somatic disorders which could have been potential delusion onsets causes for any given type of delusional disorder.

The most frequently associated are the toxic-metabolic disorders and the neurodegenerative diseases of the limbic system and basal ganglia. Although there weren't established precise anatomical correlations , some cerebral areas – primary, the frontal cortex, the midbrain and the diencephalon structures are incriminated in the pathophysiology of the psychosis related to normal pressure hydrocephalus.

In this case it were excluded vascular disorders through the conduction of a cerebral computerized tomography.

It were excluded various infectious diseases through blood testing for HIV(human immunodeficiency virus), viral hepatitis, VDRL (venereal disease research laboratory), Treponema antibody test-all negative.

Differential diagnosis can be made with the onset of a neurodegenerative disease like Alzheimer Dementia which can present in its early phases encapsulated delusional disorders in the absence of cognitive impairment and global functioning. The long duration of the symptoms, the psychometric tests and the lack of a proven cerebral atrophy don't confirm this type of diagnosis.

The somatoform disorder is one of the diagnosis that are easily made by the specialists physicians in the majority of cases with somatic complaints presentations but in our case the difference towards the somatic delusion is the patient's strong and easy-going belief and the strength of her symptoms unlike the somatoform disorders patients who grant a possibility that their complaints could not have a real, rational premise.⁽¹¹⁾

The major depressive disorder with psychotic elements is

another differential diagnosis, in this case the patient is presenting affective symptoms but they do not fulfill the clinical criteria for such a diagnosis.

DISCUSSIONS

This case was an important one because there were conducted not less than three surgeries for removing the discomfort of the somatic complaints without having a clear diagnosis at that time and without conceiving the relief of symptoms. Another critical attribute is the time evolution of the symptoms and the plausible connection between these and the cerebral changes featured.⁽¹²⁾

An uncommon issue worth to be mentioned is the evolution of cognitive symptoms namely their sudden onset with progressive deterioration in accordance with the existence of the normal pressure hydrocephalus and its improvement after the ventriculoperitoneal shunt surgery was conducted.

CONCLUSIONS

The unusual presenting of the idiopathic normal pressure hydrocephalus in this case marks the necessity of careful investigation of a plausible presence of an organic cause on that type of patients presenting predominantly cognitive impairment and psychotic symptoms.⁽¹³⁾

The presentation of such a clinical case with neuropsychiatric inferences represents a step towards the awareness of the importance of making differential diagnosis between various psychiatric disorders with somatic complaints and, a sudden cognitive impairment and their inferences with the cerebral changes and specific neurologic clinical manifestations. The order of the appearance of the changes in time is another uncommon element of this case so:

- 1)The somatic delusion started off before or after the cerebral changes highlighted on the computerized tomography?
- 2)What is the casual relationship between the somatic delusion and the neurological symptoms?
- 3)There were cerebral alterations from the onset of the disorder or were they appeared de novo?
- 4)Is there a relationship between the evolution of the psychiatric disorder and the prognosis of the neurological disease?

The patient's evolution and the pace of appearance of the neurological symptoms made us believe that the delusional symptoms began independently from the neurological disorder. This one seemed to appear afterwards taking into consideration the sudden onset of the symptoms and their marked improvement after the ventriculoperitoneal shunt surgery was conducted, the delusional ideas still maintaining. However it is possible that it may had a contribution to emphasize of the delusional disorder.

The role of the psychiatry unit was that of starting the additional investigations detecting a somatic component of the symptoms developing new differential diagnosis and mixed treatment perspectives: neurosurgery and psychotropic.

The cerebral modifications remain as reference elements in the prognosis and the evolution of such a case and the trigger factor of the cognitive impairment represent negative prognostic factors.⁽¹⁴⁾

The family support, the psychotherapy corroborated with careful monitoring through future investigations can maintain a reasonable functionality level of the patient and can support the favorable evolution from the psychiatric perspective.

REFERENCES

- 1.Sadock B, Sadock V, Ruiz P,*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11th Edition, Chapter 7.4. Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder*,p.334-336, Wolter Kluwer,International Edition, 2017
- 2.Sadock B, Sadock V, Ruiz P,*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11th Edition, Chapter 7.4. Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder*,p.330, Wolter Kluwer,International Edition, 2017
- 3.Cameron N, *The paranoid pseudocommunity*, American Journal of Sociology, 46, 33-38, 1959
- 4.Gleeson J, Lim M, *Social Connectedness Across the Psychosis Spectrum: Current Issues and Future Directions for Interventions in Loneliness*, Front Psychiatry , 5: 154,2014
- 5.American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington DC, USA
- 6.Niwa H, Hara M, Hama T, Murakami N, *Successful outcome of VP shunt operation in 3 cases of idiopathic normal pressure hydrocephalus with long duration of illness*, Rinsho Shinkeigaku, 46(8): 544-9, August, 2006
- 7.Starr W, Hagen M, Espay A, *Hydrocephalic parkinsonism: lessons from normal pressure hydrocephalus mimics*, Journal of Clinical Movement Disorders, 1:2, 2014
- 8.Chatziioannidis S, Charastisidou I, Nikolaidis N, Garyfallos G, Giouzepas I, *Psychotic symptoms in normal pressure hydrocephalus*, Psychiatrikis. 24(3): 217-24, Jul-Sep. 2013
- 9.Andrew E. Budson, Paul R. Solomon, *Progressive Supranuclear Palsy, Memory Loss, Alzheimer's Disease, and Dementia* (Second Edition), 2016
- 10.Bohannon RW,*Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis*, Journal of Psychiatric Geriatrics,29(2):64-8, 2006
- 11.RD Adams, CM Fisher, S Hakim. *Symptomatic occult hydrocephalus with "normal" cerebrospinal fluid pressure. A treatable syndrome*. New England Journal of Medicine,273:117–26.10.1056,1965
- 12.Ghoreishi A, *A somatic type delusional disorder secondary to peripheral neuropathy: A case report*, Psychiatria Danubina 20(1):85-7,April 2008
- 13.Pal A, Parmar A, Mandal P, Sagar R. *A case of persistent delusional disorder: Role of dimensions of delusion reappraised*. J Mental Health Hum Behav; 21: 64-5 2016
- 14.Umezaki A, , Uezato A, Toriihara T, Nishikawa T, Toyofuku A, *Two Cases of Oral Somatic Delusions Ameliorated With Brain Perfusion Asymmetry: A Case Report*, Clin Neuropharmacol. Mar; 40(2): 97–99. 2017

CUPRINS

ARTICOLE DE SINTEZĂ

-  **Perspective asupra recuperării în psihoză** 161
Marinela Hurmuz, Anca L. Popescu, Cristina A. Bredicean, Aurel Nireștean

-  **Tratamentul farmacologic al tulburărilor cognitive la pacienții cu tulburare depresivă majoră – o revizuire a datelor din literatură** 166
Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Ana Giurgiuca, Valentin P. Matei

ARTICOLE ORIGINALE

-  **Factori de risc asociați crizelor convulsive legate de abuzul de etanol** 170
Elena A. Mănescu, Aurel P. Nireștean

-  **Relaxarea progresiva cu imagerie dirijată - o metodă alternativă de abordare terapeutică a sindromului de burnout** 174
Adina Maris, Septimiu Voidazan, Elena A. Mănescu, Aurel Nireștean

-  **Predispoziții personologice dimensionale în opțiunea profesională medicală** 178
Lorena M. Muntean, Aurel P. Nireștean, Emese E. Lukács

-  **Efectul depresiei asupra calității subiective și obiective a vieții la pacienții diagnosticăți cu schizofrenie** 182
Valentin P. Matei, Alexandru N. Pavel, Alina E. Roșca

CAZ CLINIC

-  **Tulburare deliranta de somatizare la un pacient cu hidrocefalie comunicanta normotensiva idiopatica** 185
Ana A. Talasman, Claudiu G. Ionescu, Maria M. Manea, Sorin Tuta

INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI

189

PERSPECTIVE ASUPRA RECUPERĂRII ÎN PSIHOZĂ

Marinela Hurmuz¹, Anca L. Popescu², Cristina A. Bredicean³, Aurel Nireștean⁴

Rezumat

Conceptul de recuperare în psihiatrie a suferit multe schimbări de-a lungul timpului, în ceea ce privește definițiile, caracteristicile, evaluarea și modalitățile de implementare la noivelul sistemelor de sănătate mintală. Au fost descrise în literatură două forme principale de recuperare: recuperarea clinică a pacienților, care cuprinde aspecte clinice și funcționale și caracterizează modelul medical de abordare a patologiei psihiatriche și recuperarea personală, descrisă ca un proces de

transformare și creștere la nivel personal, dincolo de impactul negativ al bolii. Recuperarea este un proces multi-dimensional și complex, care se desfășoară în etape și care este influențat de mai mulți factori interni și externi. În cercetările în domeniul au fost descrise diferite modele ale recuperării, cu scopul de a oferi o bază pentru implementarea perspectivei recuperării personale în serviciile și practicile de sănătate mintală.

Cuvinte cheie: sănătate mintală, servicii psihiatriche, abordare centrată pe pacient, reabilitare

Definiții ale recuperării în domeniul sănătății mintale

Termenul "recuperare" (recovery în limba engleză) a fost și este folosit în literatura de specialitate în diferite contexte și cu diferite accepțiuni - o abordare, un model, o filosofie, o paradigmă, o mișcare, o viziune sau chiar un mit¹. Există însă 2 perspective principale care se regăsesc în literatura de specialitate. Prima și mult timp singura, se focusează pe aspectele clinice și funcționale, fiind obiectul cercetării cantitative și al practicilor bazate pe dovezi. Cea de-a doua, care s-a impus în ultimele 3-4 decenii, este recuperarea psihologică sau personală și implică dimensiuni existențiale ale persoanei, fiind baza noilor recomandări de transformare a serviciilor de sănătate mentală.

Recuperarea nu a fost însă considerată întotdeauna o opțiune în cazul tulburărilor psihiatriche și cu atât mai puțin în cazul psihozelor. De exemplu, definiția lui Kraepelin a "demeței precoce" excludea clar ideea de remisiune sau recuperare. Ulterior, studiile longitudinale au demonstrat existența unui prognostic bun, cu posibilitatea de remisiune a simptomatologiei într-un număr mare de cazuri de schizofrenie^{2,3,4}.

Înțial, termenul de recuperare s-a folosit în legătură cu simptomatologia pacienților. Există diferiți termeni utilizati, uneori interschimbabil, pentru a caracteriza îmbunătățirea stării clinice: rezoluție, remisiune parțială sau totală, recuperare clinică, aceștia fiind definiți pe baza anumitor criterii, în funcție de patologie. Nu există pentru nicio patologie psihiatrică criterii de remisiune general acceptate. Pentru schizofrenie, două grupuri de cercetare, unul în SUA și

unul în Europa, au propus criterii diferite pentru remisiune⁵. Grupul de lucru condus de Andreasen⁶ definește remisiunea ca "starea în care simptomele și semnele de boală ale pacientului sunt la o intensitate atât de mică încât nu interferează cu comportamentul și sunt, astfel, sub pragul folosit pentru a justifica diagnosticul inițial de schizofrenie". Pentru evaluarea remisiunii simptomatologiei, au ales 8 itemi din PANSS, pentru care este necesar un scor mai mic sau egal cu 3 și o durată de minim 6 luni a remisiunii. și în Europa, mai mulți clinicieni și cercetători au încercat să definească remisiunea simptomatică și inclusiv răspunsul la tratament, una dintre definițiile remisiunii fiind "starea în care pacientul nu prezintă simptome clinic semnificative"¹⁰. În general, remisiunea clinică presupune absența simptomelor sau simptome minime de boală, măsurate psihometric, într-un anumit interval de timp.

Odată cu introducerea neurolepticelor în tratamentul pacienților, în anii 1950, obținându-se astfel un control mult mai bun al simptomatologiei, s-a produs și fenomenul dezinstitutionalizării. După externarea din spitalele de psihiatrie, pacienții se întorceau în comunitate, unde era nevoie să se reintegreze. Astfel, reducerea simptomatologiei clinice s-a dovedit insuficientă pentru starea de bine a pacienților, un alt scop principal al tratamentului devenind recuperarea din punct de vedere funcțional și social (functional and social recovery). Remisiunea funcțională este însă și mai greu de definit, evaluat și cuantificat, dat fiind faptul că nu există standarde pentru o funcționalitate "adecvată" nici măcar pentru populația sănătoasă". De asemenea, există diferite domenii de funcționare a unei persoane care pot fi luate în

¹PhD Student, University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureș; MD, Specialist in Psychiatry, Timișoara County Emergency Clinical Hospital - Mental Health Center No. 1, Iancu Văcărescu Street, No. 21-23, Timișoara, Timiș;

²PhD Student, University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureș; MD, Specialist in Psychiatry, Timișoara County Emergency Clinical Hospital-Liaison Psychiatry;

³MD, PhD, Assistant Professor, University of Medicine and Pharmacy Timișoara; Senior Psychiatrist, Timișoara County Emergency Clinical Hospital – Psychiatric Clinic;

Correspondence address: Marinela Hurmuz, Str. Bărzava, no. 2/1, Giroc, Timiș; Tel. 0743937246; marinelahurmuz@gmail.com;

⁴MD, PhD, Professor of Psychiatry University of Medicine and Pharmacy Târgu-Mureș, Senior Psychiatrist Psychiatric Clinic No. II, Târgu-Mureș;

considerare: capacitatea de auto-întreținere, autonomia, funcționarea vocațională, capacitatea de relaționare etc. Unii autori definesc recuperarea ca și "capacitatea de a funcționa în comunitate din punct de vedere social și vocațional, cât și a fi relativ fără simptomatologie".

În ghidul pentru tratamentul schizofreniei, Asociația Americană de Psihiatrie evidențiază necesitatea de a îmbunătățirea abilităților pacienților pentru a putea face față provocărilor vieții și pentru a-și controla simptomele, subliniind importanța autonomiei persoanei în concordanță cu propriile dorințe și capacitați, a respectului de sine și demnitatei, a integrării în comunitate și a unei dezvoltări normale¹⁰. În general, se discută despre două compoziții principale ale recuperării funcționale: una vizează simptomatologia, inclusiv aspecte care reducerea simptomelor pe termen lung, remisiunea susținută sau absența simptomelor inițiale de boală. Cea de-a doua este componenta psihosocială, care implică evaluarea funcționării pacientului, referindu-se la o funcționare psihosocială adecvată, îmbunătățirea funcționării sau revenirea la un nivel de funcționare normal sau prezent anterior bolii. Cel mai frecvent utilizat instrument de evaluare a funcționării globale a persoanei este scala GAF¹¹, pentru remisiunea funcțională fiind propuse diferite scoruri limită în acest sens: mai mare de 50^{10,12}, mai mare de 61¹¹, mai mare de 65¹³, mai mare de 80¹⁴.

Criteriile de evaluare a recuperării sunt în general bazate pe cele două componente: simptomatologie și funcționarea psihosocială și pot include: absența simptomatologiei și lipsa medicației antipsihotice, îmbunătățirea funcționării vocaționale, a duce o viață independentă, imlicaarea în roluri și activități sociale, etc.^{2,13,14,15}. Datele cu privire la rata de recuperare clinică și funcțională în psihoză diferă foarte mult, unul dintre motive fiind heterogenitatea criteriilor de evaluare.⁵

În contextul recuperării funcționale trebuie menționat și conceptul de reabilitare. Reabilitarea este o abordare sistemică a pacienților cu tulburări mentale, care cuprinde atât aspecte ale recuperării clinice, cât și ale recuperării funcționale și sociale. Obiectivele serviciilor de reabilitare sunt oferirea speranței, sprijinirea autonomiei și reintegrării sociale a persoanei, asistarea pacienților, astfel încât aceștia să își poată îndeplini nevoile și dorințele vocaționale, educaționale, recreaționale și rezidențiale, cu scopul de a crește caitatea vieții.^{16,17,18} Aceste servicii includ evaluare și tratament de specialitate, intervenții specifice și suport în procesul de recuperare. Deși reabilitarea și recuperarea nu înseamnă același lucru, serviciile de reabilitare includ principiile recuperării clinice și socio-funcționale și încearcă în ultimul timp să adopte și vizuirea recuperării personale.

Cea de-a doua și cea mai nouă formă de recuperare descrisă în literatură este recuperarea personală. Aceasta a început ca o "mișcare" a utilizatorilor de servicii de sănătate mintală și a altor schimbări destul de radicale în modul de abordare al tulburărilor mintale, fiind văzută inițial ca opusă "modelului medical" din psihiatrie.

Primele definiții și conceptualizări ale recuperării personale au apărut în urma relatărilor persoanelor care au avut experiențe personale cu boala și recuperarea. Un exemplu este cel al Particiei Deegan, un

psiolog clinician care susținea că: "Pentru aceaia dintre noi care ne-am luptat ani de zile, povestea restituirii nu este o realitate. Pentru noi, recuperarea nu este despre a ne reîntoarce la persoanele care eram înainte. Este un proces de a deveni oameni noi. Este un proces de descoperire a propriilor limite, dar și unul de descoperire a felului în care aceste limite deschid noi posibilități. Transformarea mai degrabă decât restituirea devine calea noastră"¹⁹ Aceste relatări personale au fost baza noii direcții de cercetare în domeniul recuperării, în mare parte calitativă, și a redefinirii recuperării într-un mod complet diferit de ceea ce înseamnă remisiune simptomologică sau funcționalitate psihosocială.

Una dintre cele mai răspândite definiții este cea a lui Anthony¹⁷: "Un proces personal, unic, de schimbare a atitudinilor, valorilor, sentimentelor, scopurilor, rolurilor unei persoane. Este o formă de a trăi o viață plină de satisfacții, speranță și contribuții, în ciuda limitărilor cauzate de boală. Recuperarea implică dezvoltarea de noi semnificații și scopuri în viață, odată cu dezvoltarea personală, dincolo de efectele catastrofice ale unei tulburări mintale".

Majoritatea definițiilor recuperării personale din literatură sprijină deea recuperării ca un proces multidimensional, continuu, non-linear și dinamic (care se întâmplă chiar și în prezența simptomatologiei și uneori chiar în absența medicației), care este unic pentru fiecare persoană și trebuie să se bazeze pe speranță, responsabilizare, respect și conectare.^{17,20}

Amering și Schmolke¹⁵ afirmă că "recuperarea în "nouă ei acceptiune" vorbește, în același timp, despre rezultat și proces, despre agenție și interdependență, despre evitarea riscurilor și asumarea riscurilor, se orientează dinspre un model al deficitelor spre asumarea răspunderii, reziliență și speranță și are implicații transformatoare pentru societate, sănătate și politici de sănătate mentală, servicii și utilizatori ai serviciilor".

Cele două definiții și modele ale recuperării apar sub diferite forme în literatură: recuperare clinică versus recuperare socială²², recuperare "din" versus recuperare "în"²³, modele științifice versus modele ale consumatorilor²⁴, recuperare bazată pe servicii versus recuperare centrată pe utilizatori²⁵.

Conceptualizarea recuperării personale s-a dovedit însă foarte dificilă în contextul medicinii bazate pe dovezi, mulți autori criticând această nouă viziune ca fiind vagă sau chiar lipsită de sens, greu de studiat științific și de implementat la nivelul serviciilor, atâtă timp cât nu există un consens în privința terminologiei, definițiilor, cercetării sau cuantificării recuperării^{26,27,28}. Acest model a devenit însă baza unor transformări majore în sistemele de sănătate mintală din multe țări.

Modele ale recuperării personale. Factori care intervin în procesul de recuperare

Pentru a studia și a implementa conceptul de recuperare personală, mai mulți autori au încercat să realizeze modele ale recuperării care includ caracteristici, etape și factori care influențează procesul.

Young și Ensing²⁹ au identificat șase tematici legate de recuperare care apar frecvent în literatură: prezența insight-ului bolii, reconstruirea unui sens al sinelui, facilitățile de speranță (o altă temă foarte frecventă

și importantă), responsabilizarea (frecvent utilizată împreună cu sau interschimbabil cu conceptele de autoeficacitate, voință, control), dezvoltarea unor mecanisme de coping și suportul social.

Ca proces, recuperarea are mai multe etape. Aceste stadii sunt descrise diferit în literatură: faza inițială, de depășirea a "blocajului" inițial – redobândirea a ceea ce s-a pierdut și a merge mai departe – îmbunătățirea calității vieții²⁹; perioada de criză – luarea deciziilor și reconstruirea independenței – construirea unei interdependențe sănătoase³⁰; a fi copleșit de boala – a lupta cu boala – a trăi cu boala – a trăi dincolo de boala³¹; blocaj – acceptarea ajutorului – încredere – învățare, auto-responsabilizare³²; dependență/neconștientizare – dependență/conștientizare – independentă/conștientizare – interdependentă/conștientizare³³; moratorium – conștientizare – pregătire – reconstruire – creștere³⁴; redobândirea speranței după o perioadă de disperare – încetarea de a se vedea pe sine în primul rând ca o persoană cu o tulburare psihiatrică – trecerea de la izolare la implicare – coping activ mai mult decât adaptare pasivă³⁵; precontemplare – contemplare – pregătire – acțiune – menținere și creștere³⁶; recuperarea ca un proces developmental, care implică două procese paralele: dezintegrare-stabilizare-reorientare-reintegrare-integrare și deconectare-reconectare cu sinele-reconectare cu comunitatea-conectare.³⁷ Nu este însă necesar ca fiecare persoană să treacă prin toate aceste etape și nici în aceeași ordine.

Procesul recuperării este influențat de mulți factori. În primul review sistematic al articolelor publicate despre recuperarea personală până în 2011, Leamy et al³⁶ au descris cinci categorii de procese și factori ai recuperării: conectarea (rețea de suport, relații), speranță și optimism pentru viitor, identitatea (reconstruirea/redefinirea unui sentiment pozitiv al sinelui, învingerea stigmei), găsirea sensului (a da un sens experiențelor legate de boala, spiritualitate, calitatea vieții, o viață cu sens, obiective și roluri sociale semnificative) și capacitatea/responsabilizarea persoanei. Alte studii au evidențiat factori legați de propria persoană sau interni care promovează recuperarea (educația, motivația, responsabilizarea, speranța, luarea și asumarea deciziilor, dobândirea controlului, redefinirea sinelui dincolo de boala, credințele și valorile personale, dezvoltarea abilităților și competențelor personale: mecanisme de coping, abilități de auto-îngrijire, abilități sociale) și factori de mediu sau externi (prezența resurselor materiale: locuință, asigurare, venituri, acces la mijloacele de transport și comunicare, acces la serviciile de sănătate mintală, existența serviciilor de sănătate mintală orientate spre recuperare, suport familial și social).^{25,37,38,39}

Factorii care ar putea influența negativ recuperarea includ serviciile de sănătate mintală ne-calitative, lipsa educației și informării, stigma, discriminarea, absența locurilor de muncă, pesimism din partea profesioniștilor în sănătate mintală, supra-controlul din partea familiei și profesioniștilor.²⁰

Majoritatea studiilor asupra recuperării personale includ pacienți cu diferite tulburări psihiatrică (schizofrenie și tulburări de spectru, tulburări afective, tulburări de personalitate), factorii care intervin în proces

fiind nespecifici. Totuși, cercetătorii care studiază psihozele subliniază faptul că, în aceste cazuri, management-ul simptomelor psihotice este un aspect important al recuperării, având în vedere alterarea testării realității, posibila prezență a tulburărilor cognitive și a insight-ului etc.⁴⁰ Niciunul dintre modele nu pune la îndoială necesitatea tratamentului și intervențiilor psihiatricice, ci mai ales modul în care se acordă aceste intervenții și gradul de implicare a pacienților în procesul decizional. Există autori care susțin faptul că ambele modele sunt la fel de valide, complementare și nicidată exclusive, iar gradul de aplicabilitate și implementare depinde de severitatea bolii și de contextul fiecărui pacient. De exemplu, pot fi momente când pacientul are nevoie de o abordare paternalistică și momente în care are nevoie să fie în control.⁴¹

Toate aceste exemple au în comun câteva elemente care pot fi generalizate astfel: recuperarea este un proces care cuprinde o etapă inițială caracterizată de dezechilibru și criză, urmată de o perioadă de mobilizare a resurselor individuale și sistemicе pentru a lupta cu boala și a obține o stabilitate din punct de vedere medical. În această etapă, persoana poate fi dependentă de serviciile psihiatricice. În timp, începe procesul de reconstruire a vieții cu și dincolo de boala, caracterizat de redobândirea unor aspecte ale vieții prezente anterior bolii și influențate de boala, dar și de dezvoltarea a noi abilități, noi scopuri și semnificații, de asumare a responsabilității și dezvoltare a rezilienței. Întregul proces este de fapt un proces de redefinire a sinelui în contextul prezenței unei tulburări psihiatrică, care implică multiple schimbări și care este permanent influențat de factori care țin de individ și de mediul în care trăiește.

Recuperare personală ca obiectiv al serviciilor de sănătate mintală

Rolul modelelor conceptuale este Acela de a oferi un cadru theoretic și de a clarifica conceptele uneori abstrakte și vagi care definesc recuperarea, astfel încât să ofere o bază pentru implementarea lor la nivel individual și systemic. Astfel, este essential să se păstreze o viziune sistemică și să se ia în considerare opinile tuturor participanților la procesul de recuperare: pacienți, specialiști în domeniul sănătății mintale, familie, cercetători, reprezentanți ai autorităților naționale etc.

Noua perspectivă asupra recuperării a indus multe schimbări la nivelul politicilor de sănătate mintală cu privire la "transformarea" sistemelor de sănătate mintală din toată lumea.

Există câteva caracteristici de bază ale serviciilor de sănătate mintală orientate pe recuperare descrise în literatură. În primul rând, este nevoie de o schimbare a obiectivelor serviciilor: de la tratarea, stabilizarea și evitarea recăderilor, la focusarea pe calitatea vieții pacienților, la a ajuta pacienții să își construiască și mențină o viață cu sens, a sprijini auto-determinarea, a facilita accesul la diferite servicii comunitare (locuințe, locuri de muncă, acces la educație, support în criză, psihoterapie etc) și a promova integrarea socială și drepturile omului, indiferent de prezența sau absența simptomelor de boală.^{42,43,44,45}

Această nouă perspectivă implică de asemenea o schimbare a mentalității și credințelor, atât ale pacienților, cât și ale profesioniștilor și, implicit, a relației dintre aceștia – o relație în care utilizatorii de servicii au un rol

mai active și sunt ”experti prin experiență” în procesul lor de recuperare. Aceasta înseamnă totodată și necesitatea ca pacienții să își asume o mai mare responsabilitate, dincolo de a avea putere și control asupra deciziilor pe care le iau. În diferite stadii ale recuperării, putem discuta despre diferite grade de responsabilitate și control din partea pacienților și profesioniștilor.

Pe baza cercetărilor și a modelelor de recuperare propuse, au fost dezvoltate o serie de programe de intervenție și practici orientate spre recuperare, în diferite sisteme de sănătate mintală. Câteva exemple în acest sens sunt: WRAP (The wellness recovery action planning tools and processes)⁴⁶, IMR (The illness management and recovery program)⁵⁷, Modelul de Recuperare Colaborativă⁴⁸; REFOCUS⁴⁹, modelul de management de caz bazat pe punctele forte⁵⁰, programe educaționale⁵¹, programe care sprijină integrarea vocațională⁵² sau programe rezidențiale⁵³. De asemenea, au fost înființate organizații care să susțină schimbările la nivelul serviciilor de sănătate mentală și au fost publicate diverse ghiduri, atât pentru profesioniști, cât și pentru pacienți^{49,53,54,55}.

Totodată, au fost elaborate o serie de scale și instrumente de evaluare a recuperării personale și a serviciilor, de exemplu Scala de evaluare a recuperării (Recovery Assessment Scale-RAS)⁵⁶, Interviu de recuperare (Recovery Interview)⁵⁷, Chestionarul cu privire la atitudinile spre recuperare (Recovery Attitudes Questionnaire – RAQ)⁵⁸, Scala de recuperare a sănătății mintale (Mental Health Recovery Measure – MHRM)⁵⁹, Scalele pentru recuperare și managementul bolii (Illness Management and Recovery-IMR)⁶⁰, Instrumentul pentru măsurarea recuperării (Recovery Measurement Tool-RMT)⁶¹, Instrumentul pentru evaluarea stadiilor recuperării (Stages of Recovery Instrument – STORI)⁶², Evaluarea serviciilor orientate pe recuperare (Recovery Oriented Service Evaluation)⁶³, etc.

Când discutăm despre schimbări la nivelul sistemelor și politicilor de sănătate mintală, trebuie să luăm în considerare faptul că poate fi foarte dificil de implementat o abordare centrală pe recuperare în țările cu venituri mici și medii, unde uneori există dificultăți chiar în asigurarea nevoilor de bază în sănătatea mintală. Totuși o schimbare de perspectivă este posibilă și pot fi făcuți pași mici către practici orientate pe recuperare.

În România, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, prevede condițiile pe care trebuie să le îndeplinească serviciile de sănătate mintală pentru asigurarea calității îngrijirilor, dintre care: accesibilitatea, continuitatea îngrijirilor, asigurarea și dezvoltarea modelelor de îngrijire comunitară, personal suficient, utilizarea unor metode terapeutice care să contribuie la restabilirea, menținerea și dezvoltarea capacitații pacienților de a se autoadministra, permiterea exercitării drepturilor cetățenești și a drepturilor pacienților, respectarea și adaptarea la convingerile religioase și culturale ale persoanelor cu tulburări psihice, asigurarea accesului pacientului la procesul de evaluare a îngrijirilor. Este subliniată, de asemenea, importanța unui program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit și modificat la nevoie.⁶³

De asemenea, în Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale și Planul de acțiune pentru

implementarea acesteia și a legii sănătății mintale există câteva obiective pe termen scurt și lung în concordanță cu viziunea centrată pe recuperare a sistemelor de sănătate mintală din alte țări, chiar dacă nu este folosită această terminologie ca atare. Câteva dintre dificultăți ar fi resursele financiare și umane limitate din cadrul sistemului, infrastructura deficitară în multe zone din țară, cu absența unor servicii medicale și psiho-sociale cheie, cât și o viziune deseoară pesimistă a profesioniștilor, pacienților, apartinătorilor și a populației generale cu privire la recuperare și la patologia psihiatrică în general. De aici rezultă nevoia cercetării în domeniul, pentru a aduce nouă viziune asupra recuperării în concordanță cu realitatea limitelor și resurselor fiecărei țări și a iniția, gradual, schimbarea.

Referințe

- 1.Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment, 2004; 10:37-49.
- 2.Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1987; 144:727-735.
- 3.Harrison G, Hopper K, Craig T, et al: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. British Journal of Psychiatry, 2001; 178:506-517,2001.
- 4.Ciompi L: Catamnestic long-term study on the course of life and aging of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1980, 6:606-618.
- 5.Valencia M, Caraveo J, Colin R, Verdúzco W, Corona F. Symptomatic remission and functional recovery in patients with schizophrenia. Salud Mental 2014; 37:59-74.
- 6.Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005;162:441-449.
- 7.Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-276.
- 8.Leucht S, Davis J, Engel R et al. Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentations. Acta Psychiatr Scand 2009;119(supl.438):7-14.
- 9.Harvey PD, Bellack AS. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept?. Schizophrenia Bulletin 2009; 35 (2):300–306.
- 10.American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161(2):2-56
- 11.American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994, Washington (DC).
- 12.Whitehorn D, Brown J, Richard, Rui Q et al. Multiple dimensions of recovery in early Psychosis. Int Rev Psychiatry 2002;14(4):273-283.
- 13.Torgalsboen AK. Full recovery from schizophrenia: The prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. Psychiatry Res 1999;88:142-152.
- 14.Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, San L et al. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. Schizophr Res 2009;115:58-66.
- 15.Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, et al: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. International Review of Psychiatry 2002; 14:256-272.
- 16.Killaspy, H., Harden, C., Holloway, F., et al (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. Journal of Mental Health, 14, 157-165.
- 17.Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. Psychiatric rehabilitation, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002.
- 18.Carmody S et al. A Recovery Vision For Rehabilitation Psychiatric Rehabilitation Policy And Strategic Framework 2004.
- 19.Deegan P. Recovery as a Self-directed Process of Healing an Transformation. Occupational Therapy in Mental Health 2002; 17(3-4):5-21.
- 20.Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. Psychiatr Rehabil J 2007; 31: 9-22.
- 21.Amering M & Schmolke M: Recovery in mental health.Reshaping scientific and clinical responsibilities. London: Wiley-Blackwell, 2009.
- 22.Secker J, Membrey H, Grove B, Seebom P: Recovering from illness

- or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental Health problems for employment support services. *Disability & Society* 2002, 17:403-418.
- 23.Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening plaguing recovery. *J Mental Health* 2007;16:1-12.
 - 24.Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
 - 25.Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bull* 2007;31: 321-325.
 - 26.Pilgrim D. Recovery from mental health problems: scratching the surface without ethnography. *Journal of Social Work Practice* 2009; 23: 475-487.
 - 27.Jacobson N, Curtis L: Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000, 23:333-341.
 - 28.Liberman R, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatr Serv* 2005;56(6):735-742.
 - 29.Young SL, Ensing DS: Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1999, 22:219-231.
 - 30.Baxter EA, Diehl S. Emotional stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 21:349-355.
 - 31.Spaniol L, Lewiowski NJ, Gagne C, Anthony WA: The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2005, 14:327-336.
 - 32.Mental health providers forum, The recovery star model and culturally competency, BAME Pilot Report, 2009.
 - 33.Emerging best practices in mental health recovery, National Institute for Mental Health in England., Great Britain. National Health Service, 2004.
 - 34.Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model, *Australian & New Zealand J of Psychiatry*, 2003, 37(5), 586-594.35. Glover H. Lived experience perspectives, in *Handbook of psychosocial rehabilitation*, King R, Lloyd C, Meehan T, Wiley-Blackwell, 2007.
 - 36.Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
 - 37.Wilken, JP, Hollander D. Rehabilitation and recovery, a comprehensive approach. 2005. Amsterdam: SWP Publishers.
 - 38.Jacobson N: Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001, 24:248-256.
 - 39.Pitt L, Kilbride M, Nothard S, Welford M, Morrison AP. Researching recovery from psychosis: A user-led project. *The Psychiatrist* 2007, 31:55-60.
 - 40.Wood L, Price JF, Morrison AP, Haddock G. Conceptualisation of recovery from psychosis: a service-user perspective. *The Psychiatrist Online* 2010, 34:65-470.
 - 41.Munetz MR, Frese FJ. Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 25(1):35-42.
 - 42.Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008;17:128-37.43. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
 - 44.Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. 2008, London: Sainsbury Centre for Mental Health.
 - 45.Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S, Whitley R (2014) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems, *World Psychiatry*, 13, 12-20.
 - 46.Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
 - 47.Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
 - 48.Oades LG, Deane FP, Crowe TP, Lambert G, Kavanagh D, Lloyd C. Collaborative Recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry* 2005; 13(3):279-284.
 - 49.Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
 - 50.Rapp C, Goscha R. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
 - 51.Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
 - 52.Grove B, Locket H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
 - 53.Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50.
 - 54.Repper J, Perkins R (2013) The Team Recovery Implementation Plan: a framework for creating recovery-focussed services. ImROC Briefing paper 6, London: Centre for Mental Health.
 - 55.Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
 - 56.Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, KecknL. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr. Bull.* 2004;30:1035-1041.
 - 57.Heil J, Johnson LK. Recovery Interview. Athens, OH: Institute for Local Government Administration and Rural Development, 1998.
 - 58.Borkin JR. Recovery Attitudes Questionnaire: Development and Evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000;24(2):95-103.
 - 59.Young SL, Bullock WA. The Mental Health Recovery Measure. Toledo, OH: University of Toledo, 2003.
 - 60.Mueser KT, Gingerich S, Salyers MP, McGuire AB, Reyes RU, Cunningham H. The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinician Versions). Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 2004.
 - 61.Ralph RO. At the individual level: A personal measure of recovery. NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery (Fall 2004), 2004.
 - 62.Andresen R, Caputi P, Oades L. The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness 2006; *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 972-980.
 - 63.Ridgeway P, Press A. Assessing the Recovery-orientation of your mental health program: A User's Guide for the Recovery-Enhancing Environment Scale (REE). Kansas: University of Kansas, 2004.
 - 64.<http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/37898>

TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL TULBURĂRILOR COGNITIVE LA PACIENȚII CU TULBURARE DEPRESIVĂ MAJORĂ – O REVIZUIRE A DATELOR DIN LITERATURĂ

Alexandru N. Pavel^{1,2}, Irina Duțu^{1,2}, Ana Giurgiuca^{1,2}, Valentin P. Matei^{1,2}

Rezumat

INTRODUCERE Depresia este o tulburare afectivă cu prevalență ridicată, care aduce, de asemenea, deficiențe ridicate în funcționarea profesională și socială. Este bine cunoscut faptul că deficietele cognitive fac parte din simptomele MDD. Ce este mai mult, există pacienți cu MDD care au disfuncție cognitivă persistentă, chiar și după remisiunea simptomelor afective. Tratamentele disponibile în prezent par să nu aibă niciun efect asupra acestui subgrup de pacienți.

METODA Am efectuat o căutare pe PubMed, Cochrane Review-uri, European Clinical Trials Database și ClinicalTrials.gov pentru tratamente farmacologice actuale și în curs de dezvoltare pentru disfuncția cognitivă la pacienții cu MDD în remisiune.

REZULTATE Din cele 527 de rezultate, doar 2 studii au îndeplinit criteriile noastre de includere. Aceste studii au utilizat vortioxetină atât ca tratament în monoterapie, cât

și ca tratament adjuvant și lisdexamfetamină ca tratament adjuvant pentru simptomele cognitive în MDD remisă sau parțial remisă. Lisdexamfetamina a arătat îmbunătățiri ale funcției executive comparativ cu placebo. Vortioxetina a arătat, de asemenea, îmbunătățiri ale disfuncției cognitive, dar rezultatele nu au atins semnificație statistică.

CONCLUZIE În acest moment există foarte puține studii care vizează simptomele cognitive în MDD remisă cu rezultate contradictorii. Având în vedere faptul că disfuncția cognitivă este unul dintre factorii determinanți majori ai funcționării slabe și ai unei slabe calității a vieții, sunt necesare mai multe studii cu loturi mai mari și o metodologie mai bună pentru a demonstra beneficiile clare ale unui tratament în acest grup de pacienți.

Cuvinte cheie: tulburare depresivă majoră, simptome cognitive, remis, tratament farmacologic, vortioxetină.

Introducere

Există peste 300 de milioane de oameni afectați de depresie la nivel mondial (1). Datorită prevalenței sale, afectarea funcționalității și riscul considerabil de cronicizare sunt asociate cu un impact social substanțial. Principalele deficiete cognitive în cadrul unui episod depresiv major sunt legate de vigilență, viteza psihomotorie, atenție, memorie și funcționarea executivă—(2-4). Mai multe studii sugerează afectarea cognitivă persistentă la pacienții —cu depresie remisă (5-7). Cu toate acestea, alte date au constatat diferențe nesemnificative sau minore în funcționarea cognitivă între pacienții cu MDD remisă și lot control sănătos (8,9). De asemenea, datele din meta-analize tind să susțină prezența tulburărilor cognitive la pacienții depresivi remisi (10,11). Deficiențele cognitive după un episod depresiv major sunt asociate cu creșterea dizabilității psihosociale, scăderea funcționalității și șomajul— (12,15). Din punctul de vedere al pacienților, disfuncția cognitivă a fost subliniată ca un factor determinant fundamental al rezultatului general în ceea ce privește calitatea vieții, funcționarea psihosocială și sănătatea mintală în general (16).

Aproximativ 20% dintre pacienții cu MDD remisă prezintă deficit în cel puțin 2 domenii cognitive (17). Un

studiu(18) a arătat că 94% dintre pacienți care au generat simptome cognitive în timpul episodului MDD au continuat să prezinte tulburări cognitive chiar și după ce simptomele afective s-au remis.

Acseste date sugerează că tulburările cognitive în MDD sunt atât de "state-like"—în timpul episodului depresiv și, de asemenea, "trait-like" – disfuncție cognitivă la pacienții remisi din punct de vedere afectiv. Atât funcționarea socială cât și profesională a acestor pacienți sunt decalate în procesul de recuperare clinică și unii pacienți nu sunt recuperati pe deplin. La pacienții cu recuperare clinică completă, dar recuperare funcțională parțială, disfuncția cognitivă este cel mai probabil prezentă.

Prin urmare, una dintre principalele probleme pentru îmbunătățirea managementului global al pacienților depresivi este de a viza mai bine disfuncție cognitivă în MDD remisă. Aceasta este o problemă fundamentală pentru îmbunătățirea funcționării sociale și profesionale la pacienții cu MDD.

Antidepresivele disponibile, intervențiile psihoterapeutice și alte abordări adjuvante, ar fi: litiu sau T3, care sunt cognitive (19).

Scopul studiului nostru este de a revizui actualele opțiuni de tratament disponibile cât și cele aflate în curs de

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România.

²"Prof. dr. Spitalul de Psihiatrie "Alexandru Obregia", București, România.

dezvoltare pentru tulburări cognitive la pacienții depresivi remiși.

Metoda

Am căutat în PubMed, ClinicalTrials.gov, Cochrane Recenții și European Trials Database studii clinice randomizate și meta-analize ce se potrivesc cu descrierea noastră. În PubMed am folosit linia de comandă ("cogn*" SAU "disfuncție cognitivă" SAU "tulburări cognitive") și ("remi* MDD SAU remi* tulburare depresivă majoră SAU remi* depresie unipolară SAU remi* depresie) și ("tratament" SAU "tratament*" SAU "intervenție"). Această căutare a returnat 527 rezultate. Am inclus articole care au avut următoarele criterii: pacienți cu remisie sau remisie parțială de tulburare depresivă majoră, intervenții farmacologice și măsurarea funcționării cognitive ca rezultat primar.

După revizuirea titlurilor și a rezumatelor, 4 articole au fost verificate în întregime, restul nu au îndeplinit criteriile noastre de includere.

Rezultatele

În ——evaluarea finală au fost incluse două studii (20,21), care îndeplineau criteriile de includere. Celelalte două au fost excluse din cauza lipsei de evaluare cognitivă ca rezultat primar. Caracteristicile detaliate ale studiilor sunt prezentate în Tabelul 1.

Studiu și an	Madhoo (2013) (în)	Nierenberg (2019)
Durata	9 săptămâni	8 săptămâni
Total pacienți	143	151
Vârstă, ani (SD)	40,7 (\pm 10,23)	48,13 (\pm 11,4)
Tip intervenție	Add-on	Add-on/monoterapie
Medicație primară	ISRS	ISRS/Vortioxetină
Medicamente utilizate	Lisdexamfetamină	Vortioxetină
Evaluarea cognitivă	BRIEF-A	DSST
Reducerea medie între grupurile de intervenție	-21.2 (-24.5, -17.9)	-0.01 (0.21)

Tabelul 1. Caracteristicile detaliate ale studiilor incluse.

ISRS – Inhibitori selectivi ai recaptării serotoniniei; BRIEF-A – Inventarul de evaluare comportamentală a funcției executive; DSST – Test de substituție a simbolurilor și cifrelor; SD – abatere standard

Discuție

Există câteva studii de bună calitate care cercetează tratamentul farmacologic al simptomelor cognitive reziduale la pacienții cu tulburare depresivă majoră remisă sau parțial remisă.

Lisdexamfetamina (LDX) un medicament aprobat pentru tratamentul ADHD a arătat îmbunătățiri semnificative în funcția executivă ca terapie add-on, comparativ cu placebo, care este în conformitate cu teoriile anterioare cum că agenții noradenergici și dopaminergici îmbunătățesc disfuncția cognitivă (22). Medicamentul are un profil bun de siguranță, cu puține efecte adverse, cum ar fi: creșterea ușoară a frecvenței cardiace, cefalee și

insomnie (23). Un dezavantaj al acestui studiu a fost examinarea doar a tulburărilor în funcția executivă, care nu este singurul domeniu cognitiv afectat în tulburarea depresivă majoră; un alt dezavantaj ar putea fi durata scurtă a studiului.

Utilizarea vortioxetinei ca terapie adăugată a arătat îmbunătățiri ale simptomelor cognitive reziduale la pacienții eutimici cu MDD, dar aceasta nu a atins semnificația statistică. Studii (16,24) anterioare folosind vortioxetina în monoterapie au arătat, de asemenea, îmbunătățiri ale simptomelor cognitive, dar la pacienții diagnosticați în prezent cu MDD. Profilul de siguranță a fost bun cu evenimente adverse minore, cum ar fi dureri de cap sau greață, care au fost prezente în toate grupurile atât intervențional cât și control. Nerespectarea punctului final principal și durata destul de scurtă a evaluărilor sunt unele dintre inconvenientele acestui studiu.

Sимптомele cognitive reziduale ale tulburării depresive majore sunt persistente chiar și după remiterea episodului depresiv (definit ca un anumit punct de intrerupere pe scalele de evaluare a depresiei) (25) și este un factor puternic care împiedică recuperarea funcțională, inclusiv performanța forței de muncă (12).

În prezent, ——majoritatea studiilor (26-28) abordează deficitile cognitive ale tulburării depresive majore ca rezultat secundar în studiile clinice utilizând intervenții farmacologice. Este necesară prudență la interpretarea acestor rezultate, datorită posibilei confuzii a tulburării cognitive ca simptom al depresiei. Aceste ——studii (26-28) arată îmbunătățiri în funcția cognitivă cel mai probabil secundare unor îmbunătățiri a simptomelor afective, ceea ce face ca pacienții remiși cu simptome cognitive reziduale să devină participanți cheie în studii viitoare.

Atunci când se încearcă proiectarea unui studiu pentru a evalua tratamentul simptomelor cognitive reziduale în MDD unul dintre principalele obstacole întâlnite este lipsa de consens în ceea ce privește instrumentele de evaluare cognitivă. Testele utilizate ar trebui să evaluateze pe scară largă fiecare domeniu cognitiv cunoscut și să fie afectat în MDD: vigilență, viteza psihomotorie, atenție, memorie și funcționarea executivă. Acestea ar trebui să includă, de asemenea, atât măsuri obiective de afectare cognitivă, cât și o raportare subiectivă, deoarece pot să întâlnite discrepanțe între aceste tipuri de evaluare: simptomele auto-raportate ar putea să fie mai severe decât deficiențele măsurate obiectiv.

Există alte medicamente care ar putea să fie, eventual, reutilizate ca încercări de tratare a tulburărilor cognitive în tulburare depresivă majoră, cum ar fi: eritropoietină (29), S-adenosyl methionină (30), modafinil (31), galantamina (32) și scopolamină (33). Există unele rezultate în ceea ce privește eficacitatea acestor medicamente în îmbunătățirea disfuncției cognitive a pacienților cu MDD remisă. Într-un RCT (29) care implică perfuzii cu eritropoietină (EPO) ca terapie adjuvantă la pacienții cu MDD rezistenți la tratament nu au arătat nicio îmbunătățire a severității simptomelor afective în grupul de intervenție comparativ cu placebo. Indiferent, studiul a arătat totuși, pe termen scurt și lung (6 săptămâni), îmbunătățiri în calitatea vieții și memoria verbală în grupul EPO. S-adenosyl methionină, utilizată ca terapie adjuvantă, a arătat îmbunătățiri ale amintirii informațiilor

(30) comparativ cu placebo, într-o analiză secundară a unui studiu cu durată de 6 săptămâni la pacienți cu MDD. Modafinilul, adăugat la terapia antidepresivă existentă (31) a dus la îmbunătățirea acuzelor cognitive măsurate prin testul Stroop la 4 săptămâni de follow-up. Galantamina (32) adăugată la terapia antidepresivă cât și scopolamină (33) utilizată în monoterapie nu au arătat nicio diferență în disfuncția cognitivă comparativ cu placebo. Niciunul dintre studiile de mai sus nu a avut evaluarea cognitivă ca rezultat primar și în afară de studiul EPO, analiza statistică nu a fost utilizată pentru a controla pentru îmbunătățirea simptomelor afective. Toate studiile au avut un număr destul de mic de pacienți (40 pacienți au fost cei mai mulți în studiul EPO) și, posibil, o perioadă de urmărire insuficientă de lungă (6 săptămâni a fost cea mai lungă în studiul EPO).

ACESTE MEDICAMENTE REFOLOSITE AR TREBUI SĂ FIE UTILIZATE ÎN STUDII CLINICE MAI BINE CONCEPUTE, CU DISFUNCȚIE COGNITIVĂ CA REZULTAT PRIMAR LA PACIENȚII REMIȘI SAU PARȚIAL REMIȘI. De asemenea, o analiză statistică puternică și loturi mai mari de pacienți ar putea ajuta la distingere dintre efectele procognitive directe și beneficiile cognitive secundare îmbunătățiri stării afective. În plus, influența tulburărilor de personalitate trebuie luată în considerare, deoarece poate influența răspunsul la tratament. Deoarece persistența plăngerilor cognitive la pacienții cu MDD remisă ar putea reprezenta un subtip specific al întregii populații de MDD, ar trebui să se pună accentul pe ceea ce privește criteriile de includere și excludere, împreună cu colectarea cuprinzătoare a datelor, pentru a controla orice factor de confuzie.

Concluzie

Nu există niciun tratament farmacologic aprobat în prezent pentru tratamentul disfuncției cognitive în MDD. Acest lucru îndeamnă la studii clinice în acest domeniu, deoarece disfuncția cognitivă este unul dintre predictorii majori de funcționare slabă la pacienții cu MDD.

Referințe

1. World Health Organization. Lets talk about depression [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
2. Henry JD, Crawford JR. O revizuire meta-analitică a deficitelor de fluentă verbală în depresie. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2005;27(1):78101.
3. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Tulburări cognitive în depresie: o revizuire sistematică și meta-analiză. *Psychol Med.* 2014;44(10):2029-40.
4. Snyder HR. Tulburarea depresivă majoră este asociată cu deficiențe generale asupra măsurilor neuropsihologice ale funcției executive: o meta-analiză și o revizuire. *Taurul Psihopat.* 2013;139(1):81.
5. Neu P, Bajbouj M, Schilling A, Godemann F, Berman RM, Schlattmann P. Funcția cognitivă pe parcursul tratamentului depresiei la pacienții de vîrstă mijlocie: corelație cu hiperintensitatele semnalului RMN cerebral. *J Psychiatr Res.* 2005;39(2):12935.
6. Hasselbalch BJ, Knorr U, Hasselbalch SG, Gade A, Kessing LV. Încărcătura cumulativă a bolii depresive este asociată cu funcția cognitivă în starea de tulburare depresivă unipolară. *Psichiatrie eur.* 2013;28(6):34955.
7. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR. Tulburări neurocognitive la adulții tineri euthymici cu tulburare a spectrului bipolar și tulburare depresivă majoră recurrentă. *Disord bipolar.* 2006;8(1):406.
8. Beats BC, Sahakian BJ, Levy R. Performanța cognitivă în testele sensibile la disfuncția lobului frontal la persoanele în vîrstă depresive. *Psychol Med.* 1996;26(3):591603.
9. Biringer E, Mykletun A, Sundet K, Kroken R, Stordal KI, Lund A. O analiză longitudinală a funcției neurocognitive în depresia unipolară. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2007;29(8):87991.
10. Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Tulburări cognitive în starea de remisă a tulburării depresive unipolare: o revizuire sistematică. *J Afecțea Disord.* 2011;134(13):2031.
11. Semkovska M, Quinlivan L, O'Grady T, Johnson R, Collins A, O'Connor J, et al. Funcția cognitivă în urma unui episod depresiv major: o revizuire sistematică și meta-analiză. *Psichiatrie Lancet.* 2019;6(10):85161.
12. Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA, Maes M, Fernandes BS, Berk M, et al. Remisiile cognitivă: un obiectiv nou pentru tratamentul depresiei majore? *BMC Med.* 2016;14(1):9.
13. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Disfuncție cognitivă în tulburare depresivă majoră: efecte asupra funcționării psihosociale și implicații pentru tratament. *Poate J Psichiatrie.* 2014;59(12):64954.
14. Chakrabarty T, Hadjipavlos G, Lam RW. Disfuncție cognitivă în tulburare depresivă majoră: evaluare, impact, și de management. *Focus (Madison).* 2016;14(2):194206.
15. Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R, De Jonge P, Van Sonderen E, Alonso J, et al. Mediatoarele asocierii dintre depresie și funcționarea rolului. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(6):4518.
16. McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, Woldeyohannes HO, Gallagher LA, Kudlow P, et al. Deficiete cognitive și rezultate funcționale în tulburare depresivă majoră: factori determinanți, substraturi, și intervenții de tratament. *Deprima anxietatea.* 2013;30(6):51527.
17. Gualtieri CT, Morgan DW. Frecvența de afectare cognitivă la pacienții cu anxietate, depresie, și tulburare bipolară: o sursă de variație necontabilizată în studiile clinice. *J Clin Psichiatrie.* 2008;69(7):112230.
18. Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH, Begley AE, Zmuda MD, Schoderbek B, et al. Persistența deficitelor neuropsihologice în stare de remisă a depresiei târzii. *Sunt J Geriatr Psichiatrie.* 2006;14(5):41927.
19. Howland RH. Seventeen alternative de tratament pentru a calma depresie (STAR * D)-Partea 2: Rezultatele studiului. *J Psychosoc Nurs Ment Sănătate Serv.* 2008;46(10):214.
20. Madhoo M, Keefe RSE, Roth RM, Sambunaris A, Wu J, Trivedi MH, et al. Lisdexamfetamine dimesylate augmentation in adults with persistent executive dysdis after partial or full remission of major depressive disorder. *Neuropsihofarmacologie [Internet].* 2014;2014;39(6):138899. Disponibil de la : <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2013.334>
21. Nierenberg AA, Loft H, Olsen CK. Efectele tratamentului asupra simptomelor cognitive reziduale în rândul pacienților remiși parțial sau integral cu tulburare depresivă majoră: Un studiu randomizat, dublu-orb, exploratoriu cu vortioxetină. *J Afecțea Disord [Internet].* 2019;250(febbruarie):35-42. Disponibil de la : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.006>
22. Killgore WDS, Muckle AE, Grugle NL, Killgore DB, Balkin TJ. Diferențe de sex în estimarea cognitivă în timpul privării de somn: efectele contramăsurilor stimulente. *Int J Neurosci.* 2008;118(11):154757.
23. Trivedi MH, Cutler AJ, Richards C, Lasser R, Geibel BB, Gao J, et al. Un studiu randomizat controlat cu eficacitatea și siguranța lisdexamfetaminei ca terapie de augmentare la adulții cu simptome reziduale ale tulburării depresive majore după tratamentul cu escitalopram. *J Clin Psichiatrie.* 2013;74(8):8029.
24. Katona C, Hansen T, Olsen CK. Un studiu randomizat, dublu-orb, controlat cu placebo, cu doze fixe, cu duloxetină, care a comparat eficacitatea și siguranța Lu AA21004 la pacienții vârstnici cu tulburare depresivă majoră. *Int Clin Psychopharmacol.* 2012;27(4):21523.
25. Bora E, Harrison BJ, Yücel M, Pantelis C. Tulburări cognitive în tulburarea depresivă majoră euthymică: O meta-analiză. *Psychol Med.* 2013;43(10):2017-26.
26. Herrera-Guzmán I, Gudayol-Ferré E, Herrera-Guzmán D, Guàrdia-Olmos J, Hinojosa-Calvo E, Herrera-Abarca JE. Efectele recaptării selective a serotoninei și ale tratamentelor duale serotonergice-adrenergice asupra memoriei și vitezei de procesare mentală la pacienții cu tulburare depresivă majoră. *J Psychiatr Res.* 2009;43(9):85563.
27. Rosenblat JD, Kakar R, McIntyre RS. Efectele cognitive ale antidepresivelor în tulburarea depresivă majoră: o revizuire sistematică și meta-analiză a studiilor clinice randomizate. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2016;19(2).
28. Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, Sheikh J, Xu J, Dinkel JJ, et al. Eficacitatea duloxetinei pe cogniție, depresie, și durere la pacienții vârstnici cu tulburare depresivă majoră: un studiu de 8 săptămâni, dublu-orb, placebo-controlat. *Sunt J Psichiatrie.* 2007;164(6):9009.
29. Miskowiak KW, Vinberg M, Christensen EM, Bukh JD, Harmer CJ, Ehrenreich H, et al. Eritropoietină umană recombinantă pentru tratarea depresiei rezistente la tratament: un studiu de fază 2 dublu-orb, randomizat, controlat cu placebo. *Neuropsihofarmacologie.* 2014;39(6):1399408.
30. Levkovitz Y, Alpert JE, Brinza CE, Mischoulon D, Papakostas GI.

Efectele S-adenosylmethionine augmentare a serotoninii-recaptație inhibitor antidepresive pe simptome cognitive de tulburare depresivă majoră. J Afectează Disord. 2012;136(3):11748.

31. DeBattista C, Lembke A, Solvason HB, Ghebremichael R, Poirier J. Un studiu prospectiv de modafinil ca un tratament adjuvant de depresie maiore. J Clin Psychopharmacol. 2004;24(1):8790.

32. Holtzheimer III PE, Meeks TW, Kelley ME, Mufti M, Young R, McWhorter K, et al. Un studiu pilot dublu-orb, controlat cu placebo, cu creșterea galantaminei a tratamentului cu antidepresive la adulții mai în

vârstă cu depresie majoră. Int J Geriatr Psihiatrie A J psihiatrie târziu de viață aliata Sci. 2008;23 (6):62531.

33. Furey ML, Drevets WC. Eficacitatea antidepresive a scopolaminei medicamentoase antimuscarinice: un studiu clinic randomizat, controlat cu placebo. Arch Gen Psihiatrie. 2006;63(10):11219.

FACTORI DE RISC ASOCIAȚI CRIZELOR CONVULSIVE LEGATE DE ABUZUL DE ETANOL

Elena A. Mănescu¹, Aurel P. Nireștean²

Rezumat

Abuzul de etanol este una din cele mai frecvente cauze ale crizelor convulsive cu debut la vîrstă adultă. Managementul acestor pacienți rămâne în continuare o provocare, în ciuda anilor de experiență și observație clinică. Cunoștințele actuale sugerează că apariția crizelor convulsive în cadrul abuzului cronic de alcool nu se datorează numai sevrajului, ci poate avea mai multe cauze. Multiplii factori au fost asociați cu apariția crizelor convulsive în contextul dependenței de alcool, prin urmare, studiul de față și-a propus evaluarea unor potențiali factori de risc precum diagnosticul anterior de epilepsie și prezența delirium tremens asociat sindromului de sevraj. Designul studiului este descriptiv, raportând date privind profilul clinic al pacienților cu abuz cronic de etanol, luând în considerare și factori demografici. Datele au fost obținute consultând registrul de gardă al Clinicii de Psihiatrie 2, Târgu-Mureș, în perioada Ianuarie-Decembrie 2018. Din totalul de 274 de pacienți, cu vîrstă medie de 49.9 ± 11.3 ani, doar 19% ($n=52$) au dezvoltat crize convulsive dintre care 7.3% ($n=20$) au avut

diagnostic anterior de epilepsie. Analiza regresiei logistice a demonstrat un risc semnificativ crescut de apariție a crizelor convulsive ($p=0,01$, $OR=2,78$, $IC(1,19, 6,52)$) la pacienții cu sevraj la etanol. Grupa de vîrstă "20- 39" ani a fost asociată cu un risc de apariție a crizelor convulsive de patru ori mai mare comparativ cu alte grupe de vîrstă ($p=0,02$, $OR=4,19$, $IC (1,22, 14,33)$). Diagnosticul anterior de epilepsie a avut, de asemenea, un efect semnificativ statistic asupra creșterii riscului de apariție a crizelor convulsive în contextul abuzului de alcool ($p<0,001$, $OR=10,73$, $IC (4,48, 25,71)$). Rezultatele studiului nostru sugerează că dezvoltarea crizelor convulsive legate de abuzul cronic de alcool pot apărea cel mai frecvent în contextul sindromului de sevraj și la populația tânără. Pacienții cu istoric de epilepsie prezintă un risc de zece ori mai mare de a dezvolta crize convulsive în urma abuzului cronic de alcool.

Cuvinte cheie: crize convulsive, factori de risc, sevraj alcoolic, epilepsie

Introducere

Crizele convulsive legate de abuzul de alcool (CCA), reprezintă un spectru patologic divers, cu debut la vîrstă adultă, ca urmare a abuzului cronic. Este cunoscut încă de pe vremea lui Hipocrate că abuzul de alcool poate conduce la convulsii, cu toate acestea, natura acestei asociații este complexă, multifacetedă și încă neînteleasă pe deplin. Riscul de apariție a CCA, pare să depindă de cantitatea de alcool ingerată și de durata consumului [1]. Prevalența crizelor convulsive la pacienții cu dependență de alcool este cel puțin triplă, comparativ cu populația generală [2] iar frecvența dependenței de alcool la cei care se prezintă în serviciile de urgență pentru crize convulsive este remarcabil de mare [3,4]. În ciuda acestui fapt, atât cercetarea teoretică, cât și managementul clinic răspund cu greu nevoii crescânde.

Cunoștințele actuale sugerează că apariția crizelor convulsive în contextul abuzului cronic de alcool nu se datorează neapărat sevrajului ci poate avea mai multe cauze. În mai mult de 50% din cazuri, CCA apar ca urmare a unei competiții de factori precum efectul metabolic toxic al etanolului în intoxicația acută, traumatismele crano-cerebrale sau abuzul de alte substanțe psihoactive[2]. Gestionarea și diagnosticarea în aceste condiții devine mult mai complexă, iar înțelegerea actuală este departe de a fi suficientă pentru abordarea adecvată a acestor pacienți. Mulți factori au

fost raportați ca fiind asociați cu apariția CCA [5,6], în special prezența epilepsiei, deoarece abuzul de alcool pare să declanșeze epilepsia latentă [7]. Prin urmare, am intenționat să evaluăm potențiali factori de risc pentru apariția CCA, precum diagnosticul anterior de epilepsie și prezența delirium-ului tremens asociat sevrajului. Acest studiu are un design descriptiv, urmărind să contureze profilul clinic al pacienților cu CCA, luând în considerare și factori demografici.

Metode

Designul studiului și populația

Studiul este de tip transversal, culegerea datelor fiind retrospectivă. Datele folosite au fost obținute prin consultarea registrului de gardă al Clinicii Psihiatrie II Tîrgu-Mureș din perioada Ianuarie-Decembrie 2018. Studiul a obținut acordul comisiei de etică a spitalului. Au fost inclusi în studiu pacienții cu dependență de alcool cu și fără sevraj sau intoxicație acută; au fost excluși pacienții fără dependență de alcool, fiind cunoscut faptul că CCA se dezvoltă după mai mulți ani de abuz. De asemenea au mai fost excluși pacienții cu abuz de substanțe psihoactive sau cei în alte condiții potențial convulsivante. În total 40 de înregistrări au fost eliminate din analiză. Figura 1 arată întregul protocol folosit pentru obținerea lotului de analizat. Studiul a inclus 274 de pacienți cu 299 de internări; 103 cu diagnosticul de dependență de etanol și intoxicație acută, 134 cu

¹Departamental de Psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Știință și Tehnologie Târgu-Mureș; Gheorghe Marinescu 38, Târgu-Mureș, Clinica Psihiatrie II, 540142. Email: andreea.manescu5@gmail.com

²Profesor, Departamental de Psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Știință și Tehnologie Târgu-Mureș; Gheorghe Marinescu 38, Târgu-Mureș, Clinica Psihiatrie II, 540142. Email: aurelnirestean@yahoo.com., Carol Davila", București

diagnosticul de dependență de etanol și sevraj și 37 cu dependență de etanol.

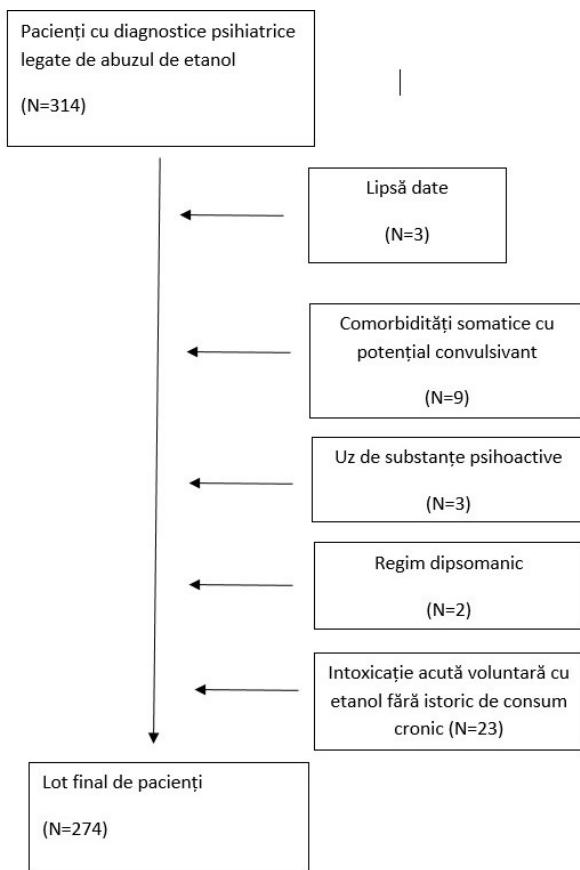


Fig.1 Selectarea lotului de studiu

Evaluarea factorilor de risc

Pentru a evalua riscul de apariție a crizelor convulsive în condițiile prestabilite am efectuat o analiză de regresie logistică incluzând variabile socio-demografice. Variabila dependentă, prezența sau absența crizelor, a fost codificată ca binară. Variabilele independente au fost definite după cum urmează:

- Diagnosticul de internare și vîrstă ca variabile categoriale, incuzând trei categorii
- Prezența delirium-ului tremens, a altor patologii asociate (fără potențial convulsivant) și a epilepsiei ca variabile binare.

Analiza statistică

S-a efectuat statistică descriptivă pentru caracteristicile socio-demografice ale participanților. S-a aplicat testul Mann-Whitney pentru analizele non-parametrice. Pentru tabelele de contingenta de 2X2, respectiv 2X3, s-au aplicat testele Fischer-exact test și Chi2. Testul Anova a fost folosit pentru compararea mediilor. Analiza statistică s-a efectuat utilizând programul statistic STATA, versiunea 14.2. Limita de semnificație statistică a fost stabilită la p=0.05 ($\alpha=95\%$ IC).

Rezultate

Tabelul 1 prezintă caracteristicile socio-demografice ale participanților, diagnosticul principal de internare precum și alte diagnosticice psihiatricce sau somaticce asociate.

Sex n (%)	
Feminin	26 (9.5)
Masculin	248 (90.5)
<u>Vîrstă, ani: medie (SD)</u>	49.9 (0.4)
<u>Categorii de vîrstă n (%)</u>	
20-39	45 (16.4)
40-59	168 (61.3)
60-79	61 (22.2)
<u>Mediu de proveniență n (%)</u>	
Urban	126 (46)
Rural	148 (54)
<u>Diagnostic n (%)</u>	
Sindrom de sevraj la etanol	134 (48.9)
Intoxicație acută voluntară cu etanol	103 (37.6)
Dependență de etanol	37 (13.5)
<u>Al doilea diagnostic n (%)</u>	
Tulburări afective	39 (14.2)
Tulburări psihotice	10 (3.6)
Fără	
	225 (82.1)
<u>Comorbidități asociate n (%)</u>	
Da	87 (31.7)
Nu	167 (68.3)

Tabel 1. Caracteristicile pacienților, diagnosticul psihiatric de internare și alte diagnosticice asociate

Categoria de vîrstă cel mai frecvent întâlnită ($\text{Chi}^2=0.03$; $F=0.03$) la toate cele trei diagnosticice de internare a fost „40-59” de ani. Doar 19% (n=52) dintre pacienții inclusi în studiu au dezvoltat CCA iar 7, 3% (n=20) au fost diagnosticati anterior cu epilepsie. Mai mult de jumătate din pacienții care au dezvoltat CCA (65,4%; n=34) au fost internați pentru sevraj, 19,2% (n=10) pentru intoxicație acută și 15,4% (n=8) au dezvoltat convulsiile în afara sevrajului sau a intoxicației acute, pe fondul abuzului cronic de alcool. Mai mult de jumătate dintre pacienții diagnosticati cu epilepsie (64,5%; n=20) au dezvoltat CCA, în totalitate în cadrul sindromului de sevraj. Vîrstă prevalență a acestor pacienți a fost cuprinsă între 40 și 59 de ani.

Doar 3,7% dintre pacienții care s-au prezentat pentru sevraj au dezvoltat delirium tremens, 40% cu vîrste cuprinse între 20 și 39 ani, 20% cu vîrste cuprinse între 40 și 59 ani și 40% cu vîrste cuprinse între 60 și 79 de ani.

Distribuția pe sexe a datelor, arată o singură diferență semnificativă statistic (Pearson $\text{chi}^2=8.2783$; $p<0.01$) între bărbați și femei, în ceea ce privește mediul de proveniență; femeile cu istoric de abuz cronic de alcool au provenit în cea mai mare parte din regiunea rurală, în timp ce bărbații au avut o distribuție similară între regiuni.

Tabelul 3 prezintă rezultatele analizei de regresie logistică, investigând apariția crizelor convulsive, având în vedere anumiți factori de risc. Sevrajul la alcool a fost asociat cu un risc aproape triplu de a dezvolta crize convulsive ($p=0.01$, $OR=2.78$ IC (1,19, 6,52)) comparativ cu celelalte diagnosticice de internare (intoxicație acută și dependență de alcool). Grupa de vîrstă “20- 39” ani a fost asociată în mod semnificativ statistic cu un risc de apariție

a crizelor convulsive de patru ori mai mare comparativ cu alte grupe de vârstă ($p=0,02$, OR=4,19, IC (1,22, 14,33)). Nu în mod surprinzător, diagnosticul de epilepsie în antecedente a crescut riscul de apariție a CCA de zece ori ($p<0,001$, OR=10,73, IC (4,48, 25,71).

	Prezenta crizelor convulsive	
Predictori	Valoare OR (95% CI)	Valoare p
<u>Diagnostic de internare</u>		
Sevraj la etanol	2.78 (1.19,6.52)	*0.01
Intoxicatie acută cu etanol	2.85 (0.9, 9.03)	0.07
Dependență de etanol (ref)	-	-
<u>Epilepsie în antecedente</u>	10.73 (4.48, 25.71)	*<0.001
<u>Gender</u>		
Masculin	1.16 (0.33, 4.11)	0.81
Feminin (ref)	-	-
<u>Vârstă</u>		
20-39	4.19 (1.22, 14.33)	*0.02
40-59	2.22 (0.8, 6.13)	0.12
60-79 (ref)	-	-
<u>Delirium tremens</u>	0.49 (0.04, 4.49)	0.54
<u>Comorbidități</u>	0.69 (0.31, 1.51)	0.35

Tabel 2. Analiza de regresie logistică a predictorilor apariției crizelor convulsive. *valoare p semnificativă statistic

Discuții

Scopul studiului de față a fost acela de a analiza potențiali factori de risc asociați cu CCA și de a sublinia câteva caracteristici clinice ale pacienților cu alcoolism cronic care se pot dovedi relevante în abordarea acestor cazuri în departamentul de urgență. O scurtă actualizare cu privire la literatura de specialitate, vizând contextualizarea rezultatelor noastre, poate aduce noi repere și clarificări stadiului actual al cunoașterii.

Studiul nostru s-a axat pe caracteristicile socio-demografice (vârstă, sexul, mediul de proveniență) și datele clinice (diagnosticul de admitere, antecedentele de epilepsie, prezenta delirium tremens și a altor patologii asociate) utilizând o abordare multidimensională a relației dintre alcoolismul cronic și crizele convulsive. Populația studiată a inclus pacienți cu abuz cronic de alcool în diferite ipostaze, precum intoxicație acută și sevraj, dar și pacienți care s-au prezentat în afara circumstanțelor menționate, cu diagnosticul de dependență de alcool. Am folosit ca marker de severitate a sevrajului alcoolic, prezenta delirium tremens, valoarea sa predictivă fiind deja bine cunoscută [8]. Cu toate acestea, prezența delirium tremens nu s-a dovedit a crește riscul apariției CCA la populația studiată.

Sevrajul alcoolic reprezintă un factor de risc semnificativ în dezvoltarea CCA, deși relevanța sa clinică a fost pusă sub semnul întrebării [9]. Acest studiu a constatat că pacienții internați pentru sevraj alcoolic au avut un risc de aproape trei ori mai mare de a dezvolta convulsi, comparativ cu ceilalți doi factori potențiali (diagnosticile de intoxicație acută și dependență de alcool). Deși CCA sunt cel mai frecvente asociate cu sevrajul alcoolic, lucru de asemenea susținut de rezultatele studiului nostru, dezvoltarea unei

hiperactivități electrice patologice este, de asemenea, raportată în afara sevrajului [10, 11]. Stimularea prin receptorii GABA (Gamma-Amino-Butyric Acid) ca efect al intoxicației acute cu alcool, crește pragul convulsivant având rol protector [2], însă efectele excitatorii produse de etanol pot induce, de asemenea, convulsi, descrise la consumul unor cantități considerabile de etanol [10]. Prin urmare, etanolul poate avea atât o funcție anticonvulsivantă, cât și una proconvulsivantă. CCA se pot dezvolta de asemenea, la pacienții cu abuz cronic de alcool și niveluri constant ridicate de alcool în sânge, care ar fi puternic toxicante pentru persoanele non-dependente [12]. Abuzul cronic de alcool duce la dezvoltarea toleranței și dependenței fizice ca urmare a modificărilor funcționale compensatorii, cum ar fi feedback-ul negativ al receptorilor GABA și expresia crescută a receptorilor N-Metil D-Aspartat (NMDA) [13]. Acest lucru, împreună cu alți factori asociați alcoolismului cronic, precum hipokalemia [14] poate duce la o scădere a pragului convulsivant care declanșeză activitate convulsivă prelungită.

Deloc surprinzător, studiul nostru a indicat un risc de patru ori mai mare de apariție a CCA la pacienții cu vârstă cuprinsă între 20 și 40 de ani. Acest rezultat este parțial în concordanță cu datele raportate în literatură, care precizează că primele CCA apar de obicei după vârstă de 30 de ani [15, 16]. Brathen et al., [5] raportează o prevalență ridicată a crizelor convulsive la pacienții cu vârstă cuprinsă între 40 și 50 de ani. Aceștia descriu, de asemenea, o tendință descendentală începând cu vârstă de 50 de ani. Studiul nostru a constatat o prevalență mai mică a convulsiilor la pacienții mai în vîrstă, comparativ cu cei mai tineri. În mod interesant, pacienții cu epilepsie și abuz cronic de alcool care au dezvoltat crize convulsive au avut preponderent vârste cuprinse între 40 și 60 de ani, ușor diferit de pacienții fără diagnostic de epilepsie. Luate împreună, constataările susțin ipoteza că abuzul de alcool nu contribuie în mod semnificativ la incidența mai mare a crizelor convulsive la populația în vîrstă [17, 18].

Un alt rezultat de remarcat al prezentului studiu a arătat o creștere de zece ori a riscului de apariție a CCA la pacienții cu epilepsie și abuz cronic de alcool, iar crizele au apărut exclusiv în timpul sevrajului. Există evidențe care coreleză abuzul cronic de alcool cu un control slab al crizelor convulsive la pacienții cu epilepsie [19]. Mai multe mecanisme fiziopatologice au fost propuse pentru a justifica această constatare, inclusiv o influență de "stimulent" a alcoolului, fenomenul sevrajului, și scăderea absorbției și creșterea metabolismului medicamentelor antiepileptice prin inducție enzimatică hepatică. Alterarea ciclurilor somn-veghe și lipsa de complianță la tratament pot adăuga, de asemenea, la un control precar al crizelor [19].

Cu toate acestea, analiza acestui studiu este limitată de natura sa retrospectivă, neputând include evaluări ale nivelului inițial de etanol în sânge sau ale rezultatelor de laborator și ale altor investigații paraclinice Date adiacente din două trialuri clinice, au fost utilizate pentru a evalua mai mulți factori de risc asociați cu apariția CCA și s-a constatat doar un singur rezultat semnificativ statistic și anume că un nivel inițial ridicat de etanol în sânge a fost asociat cu un risc mai mic de a dezvolta CCA [20]. Deși studiul a inclus un lot epidemiologic de mari dimensiuni, cuprinzând atât date clinice (de exemplu,

istoric de CCA, durata consumului, consumul zilnic de etanol) cât și paraclinice (frecvență cardiacă și respiratorie, temperatură), cu toate acestea, nu au fost găsite alte corelații semnificative statistic.

Implicații

O treime dintre pacienții care se prezintă pentru crize convulsive raporteză un istoric recent de abuz de alcool [7]. În ciuda acestui fapt, dependența de alcool este sub-evaluată ca și cauză de convulsii, chiar și de către clinicieni calificați. Un studiu a raportat că 20% din crizele convulsive de etiologie necunoscută la prima prezentare sunt retrospectiv re-clasificate și re-diagnosticate ca și crize convulsive legate de alcool, după dezvoltarea altor episoade convulsive ulterioare [21]. CCA apar adesea în absența altor indicii de sevraj alcoolic, cum ar fi tachicardia, febra și hipertensiunea [19]. Prin urmare, toți pacienții internați pentru crize convulsive ar trebui examinați utilizând un chestionar structurat pentru dependența de alcool atunci când este posibil. Din fericire, CCA sunt frecvent asociate cu un prognostic mai bun în comparație cu alte etiologii [22]. Asocierea unor crize parțiale care se dezvoltă ulterior în status epilepticus ar trebui să urgenceze o investigație aprofundată care să vizeze leziuni cerebrale structurale și epilepsie [5].

Biomarkerii și istoricul medical reprezintă principalele metode de identificare a pacienților cu risc ridicat de a dezvolta CCA. Se pare că cel mai puternic predictor pentru apariția CCA este istoricul unui eveniment similar [23, 24]. Există de asemenea dovezi, că un nivel crescut al homocisteinei poate fi un bun predictor al crizelor convulsive apărute în cadrul sevrajului [25, 26]. Un studiu recent a raportat că nivelurile serice ale prolactine sunt corelate cu severitatea dependenței de alcool și a simptomelor de sevraj [27]. Măsurarea anumitor markeri specifici la pacienții dependenți de alcool poate fi benefică în evaluarea riscului individual și în permiterea unor strategii terapeutice adaptate care să vizeze în special o bună sincronizare a terapiei profilactice.

Abrevieri

CCA: Crize convulsive legate de alcool

GABA: Acid gama-amino-butiric

NMDA: N-metil-D-aspartat

Autorii declară că nu prezintă nici un conflict de interese. Acest studiu nu a primit subvenționări din partea niciunei agenții de finanțare, sau a unor sectoare comerciale sau non-profit.

References

- Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2010; 51: 1177-1184. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02426.x
- Hillbom M, Pienimäki I, Leone M. Seizures in alcohol dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs*. 2003; 17 (14):1013-30.
- Earnest MP, Yarnell PR. Seizure admissions to a city hospital: The role of alcohol. *Epilepsia*. 1976; 17:387-93.
- Hillbom ME. Occurrence of cerebral seizures provoked by alcohol abuse. *Epilepsia*. 1980; 21:459-66.
- Bråthen, G, Brodtkorb E, Helde G, Sand T, Bovim G. The diversity of seizures related to alcohol use. A study of consecutive patients. *European Journal of Neurology*. 1999; 6: 697-703. doi:10.1046/j.1468-1331.1999.660697.x
- Rathlev NK, Ulrich AS, Delanty N, D'Onofrio G. Alcohol-related seizures. *J Emerg Med*. 2006; 31:157–163. Epub 2006/10/19.
- Bråthen G. Alcohol and epilepsy. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003; 123:1536-8.
- Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurol Scand*. 2017; 135(1):4-16. doi:10.1111/ame.12671.
- Ng SKC, Hauser WA, Brust JCM, Susser M. Alcohol withdrawal and consumption in new-onset seizures. *N Engl J Med*. 1988; 319: 666-73.
- Yamane H, Katoh N. Alcoholic epilepsy. A definition and a description of other convulsions related to alcoholism. *Eur Neurol*. 1981; 20:17-24.
- Devetag F, Mandich G, Zaiotti G, Toffolo GG. Alcoholic epilepsy: review of a series and proposed classification and etiopathogenesis. *Ital J Neurol Sci*. 1983; 3:275-84.
- Rathlev NK, Ulrich A, Shieh T, Callum M, Bernstein E, D'Onofrio G. Etiology and weekly occurrence of alcohol-related seizures. *Acad Emerg Med*. 2002; 9:824-8.
- Hughes JR. Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy Behav*. 2009; 15:92-97.
- Chen WH, Yin HL, Lin HS, Chen SS, Liu JS. Delayed hypokalemic paralysis following a convolution due to alcohol abstinence. *J Clin Neurosci*. 2006; 13:453-456.
- Haasz I, Cuk S, Haasz A, Turudic M, Milosavljevic L. Alcoholismus und epilepsie. 1972; 8: 59–64.
- Avdaloff W. Alcoholism, seizures and cerebral atrophy. *Adv Biol Psychiatr*. 1979; 3:20-32.
- Forsgren L, Bucht G, Eriksson S, Bergmark L. Incidence and clinical characterization of unprovoked seizures in adults: A prospective population-based study. *Epilepsia*. 1996; 37:224-229.
- Hauser WA, Annegers J, Kurland L. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. 1993; *Epilepsia* 34:453-468.)
- Mattson RH, Fay ML, Sturman JK, Cramer JA, Wallace JD, Mattson EM. The effect of various patterns of alcohol use on seizures in patients with epilepsy. In: Porter RJ, Mattson RH, Cramer JA, Diamond I, eds. *Alcohol and seizures: basic mechanisms and clinical concepts*. Philadelphia, PA: FA Davis Company; 1990:233–40.
- Rathlev NK, Ulrich A, Fish SS, D'Onofrio G. Clinical Characteristics as Predictors of Recurrent Alcohol-related Seizures. *Academic Emergency Medicine*. 2000; 7: 886-891. doi:10.1111/j.1553-2712.2000.tb02066.x

RELAXAREA PROGRESIVA CU IMAGERIE DIRIJATA - O METODA ALTERNATIVA DE ABORDARE TERAPEUTICA A SINDROMULUI DE BURNOUT

Adina Maris¹, Septimiu Voidazan², Aurel Niresteian³

Rezumat

Background: Sindromul de burnout este tot mai des intalnit in mediile profesionale care necesita interacțiunea cu oamenii. Abordat pana acum in Romania mai mult din punct de vedere farmacologic, sindromul de burnout a fost mascat de multe ori sub diagnosticul de tulburare depresiva majora.

Methods: Prezentul studiu descrie aplicabilitatea terapiei de relaxare progresiva cu imagerie dirijata pe un esantion de subiecti cu sindrom de burnout. Folosind in acelasi timp si terapia de sugestie, aceasta metoda aduce o nouitate in

abordarea sindromului.

Results: Rezultatele arata diferente semnificative in intensitatea si numarul simptomelor prezente la inceputul perioadei de terapie si dupa perioada de terapie.

Conclusions: Aceasta metoda poate fi aplicata si pe alte afectiuni psihiatrici, atat ca terapie in sine cat si ca adjuvant pentru tratamentul farmacologic.

Key words: sindrom de burnout, dimensiuni ale sindromului de burnout, simptome, relaxare progresiva, imagerie dirijata, sugestii pozitive.

INTRODUCERE

Sindromul de burnout reprezinta o entitate nosologica adusa in prim plan de ritmurile vietii contemporane. Suprasolicitarea in rolul profesional reprezinta cadrul etiologic specific dar manifestarile clinice sunt conditionate de o diversitate de factori printre care structura personalitatii ocupa o pozitie aparte. Profesiile cele mai afectate sunt cea medicala (1,2,3), din invatamant(4) si avocatura(5).

Sindromul de burnout a fost inclus in luna mai 2019 in clasificarea internationala a maladiilor, fiind definit de catre OMS "sindrom aparut ca rezultat al stresului cronic la locul de munca, care nu a fost gestionat cu succes."(6) Aceasta prezinta trei dimensiuni: sentimente de epuizare, sentimente de negativism sau cinism legate de locul de muncă si eficacitatea profesionala redusa.(7)

Incidenta este ridicata in toate domeniile care prezinta supraincarcarea cu stres si solicitare emotionala, femeile fiind mai afectate decat barbatii, iar neuroticismul, agreabilitatea, extraversionea si constiinciozitatea sunt trasaturi de personalitate care prezic cel putin doua dintre dimensiunile sindromului burnout.(8).

Sимптоматология este complexa cu afectarea subiecților în plan somatic, cognitiv, afectiv și volitiv-motivational. Din cauza interferențelor simptomatologiei afective cu cea de tip depresiv, sindromul de burnout este adesea confundat cu un episod depresiv major sau cu un sindrom neurasteriform anxios; acestea fiind prezente în toate aspectele vietii pacientului. Dimpotrivă, prin definiție, burnout-ul este un sindrom restrâns la mediul profesional al pacientului.(9)

Frecventa marita cu care sindromul de burnout apare in tot mai multe medii profesionale, complicatiile sale medicale si sociale care includ si abandonul ocupational a impus diversificarea variantelor de abordare terapeutica. Aceasta poate fi de tip psihologic, prin schimbarea stilului de viata si modul in care este privita activitatea de munca (10) sau terapia simptomatica anxiolitica, antidepresiva si de tip psihotonifiant ca si pentru depresie. (11)

In acest studiu am incercat introducerea unei metode terapeutice care sa inlocuiasca tratamentul medicamentos. Relaxarea, ca si metoda de catharsis, a fost si este folosita in diverse terapii, fie ca tehnica, fie ca obiectiv. In trainingul autogen Schultz, relaxarea progresiva a corpului ajuta la detensionarea psihismului si la inlaturarea efectelor stresului (12). Indicatiile clinice ale trainingului autogen sunt variate, in special pe tulburarile anxiioase, atacuri de panica si tulburari de somn (13). In psihoterapia cognitiv comportamentală, relaxarea psihica este obiectivul principal prin inlocuirea cognitiilor dezadaptative cu altele adaptative, favorizand adaptarea subiecților la evenimentele stresante (14).

In studiul de fata am folosit relaxarea ca metoda de terapie, combinand relaxarea cu imagerie dirijata.

Folosindu-ne de datele existente pana in prezent, am plecat de la premisa unui efect pozitiv al relaxarii cu imagerie dirijata, prin ameliorarea simptomelor si preventia complicatiilor sindromului de burnout.

MATERIAL SI METODA

La studiu au participat 30 de subiecti care s-au

¹PhD Student, University of Medicine, Farmacy Science and Technology, Targu Mures, Clinical Psychologist, Emergency Hospital County, Targu Mures, Bd.Gheorghe Marinescu no.50, adinamaris@gmail.com

²Associate professor, Departament of Epidemiology, University of Medicine, Farmacy and Technology, Targu Mures

³M.D.,PhD,Professor of Psychiatry, University of Medicine Farmacy Science and Technology Targu Mures, Senior Psychiatrist Psychiatric Clinic No.II, Targu Mures

inscris in mod voluntar.

Metodele de evaluare au fost: interviul clinic si evaluarea psihometrica. S-a delimitat prezenta altor afectiuni psihiatric sau medicale folosind interviul clinic. Am lucrat atat pe dimensiunile psihologice ale sindromului de burnout cat si pe simptomatologie, folosind relaxarea profunda cu imagerie dirijata si terapia de sugestie.

Pentru evaluarea prezentei sindromului de burnout am folosit testul Maslach Burnout Inventory. Cele 3 dimensiuni vizate au fost depersonalizarea, reducerea realizarilor personale si epuizarea emotionala. Depersonalizarea se refera la deteriorarea relatiilor interpersonale atat la locul de munca cat si acasa, cinism, atitudine de respingere a celorlalti si detasarea afectiva. Lipsa realizarilor personale se refera la sentimentul de neamplinire si de nemultumire fata de rezultatele muncii odata cu dorinta de a schimba locul de munca sau domeniul de activitate. Epuizarea emotionala implica suprasaturarea emotionala manifestata prin tonus emotional scazut, oboseala, pierderea energiei, perceperea inadecvarii emotiilor cu situatia creata (15).

Pentru identificarea simptomatologiei prezente, am folosit Scala Hamilton pentru depresie.(16) Scala Hamilton cuprinde 17 itemi de evaluare a componentelor cognitive, comportamentale si somatice, cotati pe 3-5 grade si este un bun indicator al intensitatii globale a sindromului depresiv (17). Scala nu este folosita pentru diagnosticare, in studiul de fata a fost folosita pentru a urmari in ce masura terapia a diminuat intensitatea simptomelor. Atat simptomele identificate prin Scala Hamilton cat si prezenta dimensiunilor burnoutului au fost folosite pentru construirea sugestiilor pozitive care au fost administrate in timpul relaxarii.

Pentru fiecare pacient am alocat cate 5-6 sedinte de relaxare cu imagerie dirijata. Intervalul de timp intre sedinte a fost de 3 saptamani. Pentru inductia relaxarii am folosit un fond muzical care induce un traseu theta pe encefalograma. Pe acest fond muzical am folosit o imagerie dirijata in care pacientul a fost invitat sa isi imagineze o lumina stralucitoare, calda si placuta, care ii invalue corpul si ii relaxeaza fiecare organ, tesut si celula a corpului, favorizand astfel senzatia de relaxare (18). Starea de inductie a relaxarii dureaza 15- 20 de minute, se face lent, pentru a da pacientului timp sa isi elibereze mintea de ganduri, frici, angoase, aducand astfel starea de constient la minim pentru a putea primi sugestiile pozitive la nivelul subconscientului. Adancirea starii de relaxare s-a facut folosind numaratoarea inversa de la 15 la 1 si folosind in continuare imageria dirijata. Dupa inductia starii de relaxare, am folosit terapia de sugestie, spunandu-le subiectilor afirmatii pozitive personalizate, in functie de caz si folosindu-ma de rezultatele evaluarilor prin teste psihologice "am incredere in mine", "reusesc in tot ce imi propun", "comunic eficient", "colegii mei colaboreaza cu mine", "adorm mai usor seara", "am un somn adanc si odihnitor", etc. Fiecare sedinta a vizat un tip de sugestii si anume: sugestii pt increderea in sine, sugestii pt gandire pozitiva, sugestii pt combaterea insomniilor, sugestii pentru diminuarea simptomelor fizice, sugestii pentru comunicare eficienta si relatii pozitive, sugestii pentru cresterea motivatiei. La sfarsitul terapiei de sugestie, care tine in jur de 15 minute, am folosit din nou imageria dirijata, invitand pacientul sa isi imagineze situatia in care este sanatos, se intlege si comunica bine in relatiile sale,

este odihniti, echilibrat, are un nou loc de munca, o noua oportunitate de schimbare a carierei. La sfarsit pacientul a fost readus la starea de veghe, folosind numaratoarea de la 1 la 5.

Sedintele au fost inregistrate si subiectii au ascultat in fiecare seara inainte de culcare inregistrarile, pentru o mai buna fixare a sugestiilor.

La un interval de 1 luna dupa terminarea terapiei, subiectii au fost reevaluati cu aceleasi teste pentru a consemna diferențele statistice intre datele inregistrate la inceputul terapiei si cele de la sfarsitul terapiei si pentru a nota modificarile subiective care au aparut in urma terapiei. Odata cu evaluarea psihometrica, s-a aplicat subiectilor si un interviu semistructurat, format din doua intrebatori, in care ei au notat beneficiile terapiei si ce schimbari au intervenit in viata lor.

Metoda statistică:

Variabilele nominale sau calitative au fost exprimate numeric. Variabilele cantitative au fost testate pentru normalitate prin utilizarea testului Kolmogorov-Smirnov, si au fost caracterizate prin mediană si percentile (25-75%) sau prin medie si deviatie standard (SD). Am utilizat testul chi pătrat pentru diferențele procentuale, iar pentru variabilele cantitative am utilizat testul t Student pereche parametric si testul Wilcoxon nonparametric. Nivelul de semnificație statistică a fost considerat la un nivel $p<0.05$.

REZULTATE:

Lotul pe care s-a aplicat terapia de sugestie a fost format din 30 de persoane cu varsta cuprinsa intre 29 si 58 de ani, preponderent de sex feminin, mediul de provenienta urban. Profesiile au fost preponderent intelectuale (medici, profesori, juristi, economisti, reporteri, terapeuti), dar si lucratori in alimentatie publica, operatori call-center, secretare (tabelul 1).

	varsta	sex		Mediu de provenienta		Tip de profesie	
		29-58 ani	M	F	urban	rural	Profesiuni intelectuale
Nr. subiecti	30	2	28	30	-	16	14

Tabel 1. Date sociodemografice ale lotului de studiu

Evaluarea initiala a avut ca rezultate confirmarea prezentei sindromului de burnout, prin afectarea tuturor celor 3 dimensiuni ale burnoutului. Dintre cei 30 de pacienti, 83.3% au avut scoruri crescute la dimensiunea depersonalizare, 73.3% au avut scoruri crescute la dimensiunea realizare personală si 100.0% au avut scoruri crescute la dimensiunea epuizare emoțională.

In urma aplicarii terapiei de sugestie pornind de la cele 3 dimensiuni ale sindromului de burnout administrand sugestii pozitive pentru sentimentul depersonalizarii, lipsa realizarilor personale si starea de epuizare emotionala, valorile au fost inalt semnificative, ceea ce demonstreaza imbunatatirea valorilor medii ale dimensiunilor burnout-ului. Prin testul statistic Student pereche, am exprimat diferențele semnificative ale dimensiunilor depersonalizare, realizare personala si epuizare emotionala inainte de terapie comparativ cu evolutia post-terapie, valoarea lui p fiind inalt semnificativă statistic – 0,0001(fig.1-3).

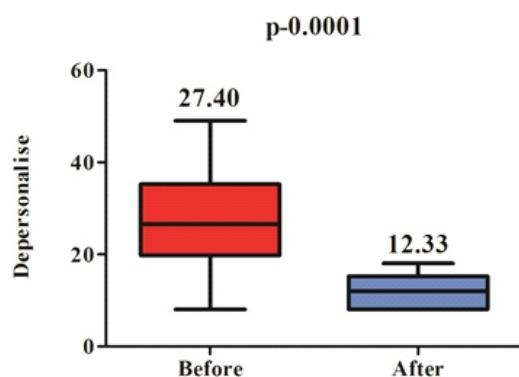


Figura 1. Diagrama blox-plot de exprimare comparativă a dimensiunii depersonalizare înainte de terapia de relaxare versus după terapia de relaxare

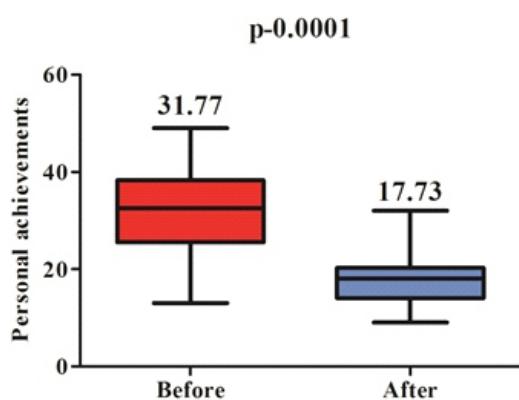


Figura 2. Diagrama blox-plot de exprimare comparativă a dimensiunii realizare personală înainte de terapia de relaxare versus după terapia de relaxare

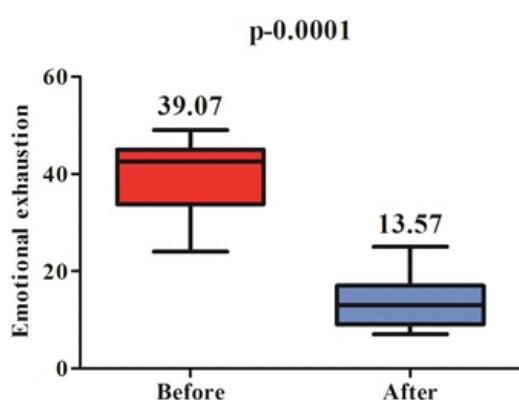


Figura 3. Diagrama blox-plot de exprimare comparativă a dimensiunii epuizare emoțională înainte de terapia de relaxare versus după terapia de relaxare

Dimensiunea depersonalizare s-a ameliorat prin imbunatatirea relatiilor personale și la locul de munca, pacienții devenind mai colaborativi. Corespunzător realizării personale, aceasta se reflectă în creșterea satisfacției muncii, confirmarea menirii profesionale și schimbarea profesiei la trei dintre cazuri. Starea de epuizare emoțională, privită ca suport volitiv major, s-a modificat prin redobândirea echilibrului afectiv și a motivării pentru activitatea profesională.

In urma aplicării terapiei de sugestie pe

urmatoarele simptome: stare depresivă, sentimente de vinovăție și idei de suicid, insomnie, inhibiție, agitație, anxietate la nivel psihic și somatic, simptome somatice generale și particulare în funcție de caz, simptomele s-au redus semnificativ la aproape toți pacienții (tabelul 2).

	Inainte de terapie	Dupa terapie
Stare depresivă	26	6
Sentimente de vinovăție	24	7
Idee de suicid	6	0
Insomnia de la începutul noptii	12	5
Insomnia de la mijlocul noptii	17	4
Insomnia de la sfârșitul noptii	18	5
Munca și activități	20	4
Inhibiție	13	3
Agitație	16	5
Anxietate psihică	27	17
Anxietate la nivel somatic	24	11
Simptome gastro-intestinale	10	4
Simptome somatice generale	21	7
Simptome genitale	16	6
Hipocondrie	15	6
Pierdere greutății	2	1
Autoanaliza	11	15

Tabel 2. Număr de subiecți care au avut simptomele următoare înainte și după terapie

N r . c r t	Inainte terapie	Dupa terapie
1	1 8	4
2	1 1	1
3	1 7	6
4	2 1	7
5	2 0	1 3
6	2 4	3
7	2 6	1 9
8	2 6	3
9	2 1	1 8
1 0	1 9	2
1 1	3 7	4
1 2	3 3	5
1 3	2 0	1 5
1 4	1 7	2
1 5	2 4	6
1 6	1 5	5
1 7	1 4	0
1 8	9	3
1 9	3	0
2 0	1 3	6
2 1	2 1	5
2 2	1 0	1
2 3	4 0	7
2 4	1 6	1 1
2 5	1 2	1 0
2 6	1 6	1
2 7	1 6	3
2 8	3 2	1
2 9	1 7	3
3 0	3 7	5

Tabel 3. Scoruri Hamilton înainte și după terapie pentru fiecare subiect

Folosind testul statistic Student, diferențele sunt statistic semnificative, astă cum reiese din figura 4.

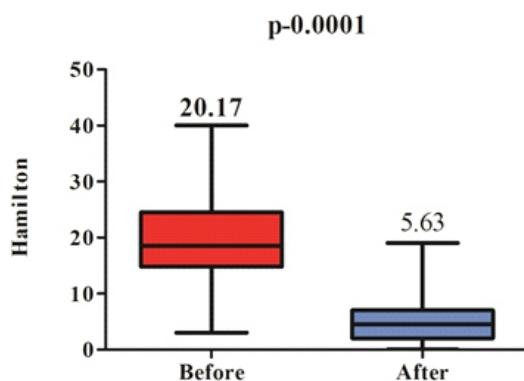


Figura 4. Diagrama blox-plot de exprimare comparativă a scalei Hamilton înainte de terapie de relaxare versus după terapie de relaxare

DISCUTII:

In studiul de fata am dorit sa evidențiem modul in care relaxarea progresiva cu imagerie dirijata contribuie la diminuarea numarului si intensitatii simptomelor sindromului de burnout.

In urma sedintelor de relaxare cu imagerie dirijata s-au redus semnificativ simptomele depresive si sentimentele de vinovatie, intensitatea ideilor suicidare, tulburarile de somn, au diminuat inhibitia, anxietatea, simptomele somatice, tendintele hipocondriace si a crescut evident sentimentul de satisfactie in munca. Capacitatea de autoanaliza s-a imbunatatit prin constientizarea bolii ca apartinand stilului de viata, subiectii fiind motivati sa isi schimbe stilul de viata prin alimentatie corecta si practicarea exercitiilor sportive. Starile hipertimore negative au fost estompatate iar semnificatiile lor au fost utilizate in varianta lor adaptativa. Pacientii si-au imbunatatit semnificativ capacitatatile de comunicare, de adaptare la situatii, precum si abilitatea de utilizare eficienta a timpului si capacitatea de decizie.

Un studiu din 2009 publicat de catre Postgraduate Medical Journal, dovedeste, ca si in studiul nostru, ca dimensiunea eputizare emotionala a fost cea mai afectata in cazurile de burnout.(19)

Intr-un studiu din 2018, aparut in Complimentary Therapies in Medicine, care a evaluat 262 de lucrari aparute in perioada 1926-2016 pe terapia cu relaxare progresiva, autorii au gasit 6 studii relevante care dovedesc reducerea semnificativa statistic a migrenelor doar cu training autogen sau combinat cu biofeedback. (20)

In studiul "Burnout syndrome and analytical hypnosis", Susanna Carolusson descrie rezultate remarcabile obtinute in urma terapiei de sugestie la pacienti care au avut sindrom burnout si importanta relaxarii pentru terapia tulburarilor de somn. (21)

In studiul de fata, relaxarea progresiva cu imagerie dirijata si terapia de sugestie au condus la rezultate cu diferente semnificative statistic pe un cumul de simptome, incluzand anxietatea, depresia, insomniile, simptome somatice.

CONCLUZII:

Terapia de relaxare progresiva cu imagerie dirijata

este benefica pentru diminuarea simptomelor sindromului de burnout si poate fi folosita atat ca terapie in sine cat si ca adjuvant in tratamentul medicamentos. Fiind o terapie noninvaziva si fara efecte secundare, terapia de relaxare progresiva cu imagerie dirijata poate fi folosita si pentru alte afectiuni psihiatrici, completand cu succes tratamentul farmacologic.

BIBLIOGRAFIE

- Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros D & all (2009), *Professional Burnout Syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil*. Brazilian Medical Association Journal, 55(6):656-62
- Karamanova A , Todorova I, Montgomery A (2016), *Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries*, International Archives of Occupational and Environmental Health, 89(7): 1059
- Monsalve-Reye C.S., San Luis-Costas C., Gómez-Urquiza J.L. & all. *Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis*. BMC Fam Pract 19, 59 (2018) doi:10.1186/s12875-018-0748-z
- Ptáček R, Vnukova M, Raboch J, et al.(2019) *Burnout Syndrome and Lifestyle Among Primary School Teachers: A Czech Representative Study*. Med Sci Monit.;25(5):4974-4981. Published 2019 Jul 5. doi:10.12659/MSM.914205
- 5.Tsai FJ, Huang WL, Chan CC,(2009) *Occupational Stress and Burnout of Lawyers*, Journal of Occupational Health,51(5): 443-450
- 6.WHO: *Burn-out an "occupational phenomenon"*: International Classification of Diseases. 28 MAY 2019
- 7.Stomff M,(2016), *Sindromul burnout sau sindromul arderii emotionale*, Revista de studii psihologice Universitatea Hyperion, 4: 34 - 47.
- 8.De la Fuente GA, Vargas C, Concepção SL & all.(2015) *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. International Journal of Nursing Studies 52:240–249
- 9.Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in Nursing Staff: Is There a Relationship between Depression and Burnout? *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4): 421–433.
- 10.Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M., & von Zweck, C. M. (2012). Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2): 86–95.
- 11.GiurgiucaA,(2018) *Tratamentul farmacologic in tulburarea depresiva majora*, Psihiatru.ro, 53 (2): 6-13
- 12.Luthe W.,(1963) *Autogenic Training: Method, Research and Application in Medicine*, The American Journal of Psychotherapy, 17 (2): 174-195 doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1963.17.2.174
- 13.Bowden A, (2003) *Autogenic Training, a non-drug approach to anxiety, panic attacks and insomnia; A report on the introduction of Autogenic Training into a Primary Care Group Harrow East and Kingsbury PCG*.
- 14.David D,(2016) *Tratat de psihoterapie cognitive si comportamentale*, ed. II, Ed.Polirom
- 15.Maslach C., & Leutyter, MP,(2016), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior*, Handbook of Stress Series 1(43) : 351 – 357
- 16.Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56–62
- 17.Williams JB (2001) *Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251(2):6-12
- 18.Gabor E,(2018), *Manual de hipnoterapie*, Editura Farmamedia
- 19.Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M, (2010), *Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country*, Postgraduate Medical Journal, 86: 266-271
- 20.Eunjoo Seo, Eunhee Hong, Yiehon Choi &all (2018), *Efectiveness of autogenic training on headache: A systematic review* Complementary Therapies in Medicine;39:62-67
- 21.Carolusson S.(2014), *Burnout syndrome and analytical hypnosis*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy; 2: 71-84.

PREDISPOZIȚII PERSONOLOGICE DIMENSIONALE ÎN OPȚIUNEA PROFESIONALĂ MEDICALĂ

Lorena M. Muntean¹, Aurel P. Nireștean², Emese E. Lukács³

Rezumat:

Introducere: Se consideră că rolul de medic se află pe teritoriul dintre capacitatea sa intelectuală, personalitatea sa, interesele și valorile de care este acesta ghidat [2]. Printre numeroși factori care influențează alegerea specializării medicale, trăsăturile personalității ocupă un rol central [3].

Obiective: Ne propunem să evaluăm corespondența dintre dimensiunile personalității și abilitățile individuale, respectiv opțiunea privind specializarea în cariera profesională.

Material și Metode: Studiul de față este de tip observational-transversal și vizează medicii rezidenți. Eșantionul studiului este format dintr-un număr de 129 de medici de rezidenți din diferite specialități, a căror personalitate a fost evaluată din punct de vedere dimensional după modelul Big Five cu ajutorul scalei autohtone, inventarul de personalitate DECAS.

Rezultate: Medicii rezidenți psihiatri evidențiază valori mai scăzute ale dimensiunii conștiinciozitate comparativ cu celelalte specialități, având de asemenea valori mai

crescute ale dimensiunii agreeabilitate. Se remarcă nivelul scăzut al extroversiunii la medicii din specialitățile paraclinice, dar pe de altă parte, dimensiunea extroversiune este crescută la medicii din specialitățile chirurgicale. Valorile crescute ale dimensiunii conștiinciozitate, compatibile în mare măsură cu vocația de medic, s-au evidențiat la specialitățile din medicină internă. Totodată, medicii din această specialitate au evidențiat și o agreeabilitate crescută. Medicii din toate specialitățile au prezentat un nivel scăzut la dimensiunea stabilitate emoțională.

Concluzii: Studiul evidențiază conexiunea dintre dimensiunile personalității și orientarea în activitatea profesională în rândul subiecților studiați. Cercetarea în acest domeniu poate conduce la dezvoltarea unor programe educaționale în scopul consilierii viitorilor medici, corespunzător deciziei în ceea ce privește cariera medicală.

Cuvinte cheie: personalitate, perspectivă dimensională, Big Five, specialitate medicală, medici rezidenți

1. Introducere

Activitatea profesională ocupă o mare parte din viața fiecarei persoane, ca formă de activitate acoperind întreaga perioadă activă. Din acest motiv, alegerea specialității medicale potrivite asigură starea de bine, sănătatea psihică a medicului și conferă calitate actului medical [1].

Se consideră că rolul de medic se află pe teritoriul dintre capacitatea sa intelectuală, personalitatea sa, interesele și valorile de care acesta este ghidat [2]. Printre numeroși factori care influențează alegerea specializării medicale, trăsăturile personalității ocupă un rol central [3].

Legătura dintre medic și specialitatea aleasă vizează două aspecte: posibilitatea de a-și valorifica potențialul prin dezvoltarea abilităților, cât și șansa de a avea un randament maxim în specialitatea aleasă. Dacă privim specialitatea medicală sub aspectul desăvârșirii procesului de formare profesională a persoanei atât prin dezvoltarea competențelor, cât și prin atingerea performanței, putem afirma că între personalitate și

profesie există o legătură strânsă [4].

Considerând opțiunea profesională medicală ca și o rezultantă a asocierii dintre condițiile interioare, de natură subiectivă, și cele exterioare, obiective, motivația este cea mai puternică deși nu este intotdeauna conștientizată de către individ, este cea care va determina alegerea specialității medicale [1].

Astfel, în literatura de specialitate internațională regăsim acutualmente studii care au investigat rolul personalității în alegerea specialității medicale, dar și în modul în care medicii își realizează activitatea profesională, răspund la stres și obțin performanțe. Se sugerează astfel că personalitatea este definiție în modul în care medicul își îndeplinește activitățile profesionale, cât și în raportarea la cei din jur. [5, 6, 7].

Din perspectivă dimensională, studiile anterioare evidențiază că rolul de chirurg se asociază cu niveluri crescute ale dimensiunii extroversiune, respectiv niveluri scăzute ale agreeabilității [8, 9]. La psihiatri, este descrisă conștiinciozitatea scăzută în comparație cu

¹Masterand, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade", Târgu-Mureș, str. Gheorghe Marinescu, nr. 38, Târgu-Mureș, Mureș, România; Medic rezident psihiatru, Secția Clinică Psihiatrie II, Spitalul Clinic Județean Mureș, str. Gheorghe Marinescu, nr. 38, Târgu-Mureș, Mureș, România.

²Profesor Universitar, Disciplina de Psihiatrie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade", Târgu-Mureș, str. Gheorghe Marinescu, nr. 38, Târgu-Mureș, Mureș, România; Medic primar psihiatru, Șef de secție, Secția Clinică Psihiatrie II, Spitalul Clinic Județean Mureș, str. Gheorghe Marinescu, nr. 38, Târgu-Mureș, Mureș, România.

³Şef de lucrări, Disciplina de Psihiatrie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade", str. Gheorghe Marinescu, nr. 38, Târgu-Mureș, Mureș, România; Medic primar psihiatru.

Adresa de corespondență: Lorena Mihaela Muntean, str. Liliacului, nr. 373/o, Com. Corunca, Jud. Mureș, România; e-mail: lorenaaa_a@yahoo.com.

chirurgii, dar deschiderea și stabilitatea emoțională sunt crescute în comparație cu alte specialități [10, 11]. Se evidențiază că femeile preferă specialități în care contactul cu pacientul este ridicat, spre deosebire de bărbați care preferă specialitățile chirurgicale, specialități care necesită manualitate. Medicii psihiatri își schimbă mai frecvent specialitatea comparativ cu medicii interniști [12].

Agregabilitatea crescută se evidențiază cu precădere la medicii interniști, pe când valorile scăzute asociate cu nevroticismul sunt specifice medicilor din specialitățile chirurgicale [2].

Dimensiunea conștiinciozității este considerată cel mai important factor de încadrare a medicului în rolul profesional, astfel medicii cu dimensiunea conștiinciozității crescute au nivel ridicat de auto-control, persistență și rigurozitate în activitate [10].

Toate aceste aspecte se reflectă în procesul decizional din activitatea organizată și susținută, în relaționarea medic-pacient cât și în relațiile intercolegiale, astfel nivelurile dimensiunilor personalității au o deosebită implicație în cariera medicală [13].

Motivațiile alegerii specialității medicale sunt numeroase, astfel alături de personalitate, care joacă un rol de prim ordin, se asociază dorința de afirmare, calitatea stilului de viață personal, programul de lucru și oferta de timp liber [14, 15, 16].

În ceea ce privește satisfacția profesională și performanța obținută la locul de muncă, nu există o relație directă, dar cei mai eficienți medici sunt și cei mai satisfăcuți, satisfacție care derivă din relațiile interpersonale, cât și din ambianța în care medicul își desfășoară activitatea [19].

Prin studiul și înțelegerea dimensională a personalității medicilor se poate îmbunătăți calitatea actului medical al pacienților datorită faptului că prin alegerea specialității potrivite, medicul va putea face față în condiții optime stresului profesional [5, 17].

Având în vedere aspectele amintite anterior, prin acest studiu ne propunem să evaluăm asociările între dimensiunile personalității și abilitățile individuale, respectiv opțiunea privind specializarea în cariera profesională.

2. Material și metodă

Studiul de față este de tip observațional-transversal și vizează medicii rezidenți din centrele universitare medicale reprezentative.

Eșantionul studiului este format dintr-un număr de 129 medici rezidenți din diferite specialități a căror personalitate a fost evaluată din punct de vedere dimensional după modelul Big Five, cu ajutorul scalei autohtone, inventarul de personalitate DECAS. Au fost excluși din studiu medicii care se află la cea de a doua specializare și cei care ale căror rezultate nu au putut fi prelucrate având în vedere rezultatele obținute la scalele de validare internă.

Analiza statistică a fost realizată prin utilizarea Microsoft Excel 2010, GraphPad Instat și GraphPad Prism 8. Nivelul de semnificație (α) a fost setat la 0,05, cu un interval de confidență CI=95 %. Testul Grubbs a fost utilizat pentru detectarea outlierilor iar testul Kolmogorov-Smirnov pentru a determina distribuția parametrilor. Pentru a compara datele numerice parametrice a fost utilizat testul T student pentru date

nepereche cu realizarea testului F în prealabil, iar pentru datele negaußiene a fost utilizat testul Mann Whitney.

3. Rezultate și discuții

Numărul total de medici care au răspuns chestionarului este 143 din care, în urma neîndeplinirii criteriilor de eligibilitate, 14 medici au fost excluși. În studiu au fost inclusi 129 medici rezidenți cu vârstă cuprinsă între 25-35 ani, din diferite specialități, aflați în cursul stagiori de pregătire în rezidențiat, majoritatea acestora fiind reprezentanți de specialitatea medicină internă, inclusiv diversele supraspecializări ale acesteia (32,56%), urmată de medicii psihiatri (26,36%), apoi de specialitățile chirurgicale (13,96%) și specialitățile paraclinice (8,51). 18,61% dintre respondenți sunt reprezentanți de medicii din specialitățile medicină de familie, medicină de urgență, anestezie și terapie intensivă și pediatrie. Specialitatea psihiatrie (26,36%) a fost evaluată ca și entitate separată datorită particularităților și statutului ei între specialitățile medicale. Femeile medic (74,41%) sunt mult mai numeroase decât bărbații (26,39%) și au dovedit o evidentă superioară disponibilitate, vivacitate relațională, curiozitate și deschidere spre dialog ca și fațete ale dimensiunilor personalității

Specialitate	n=129, f(%)		Total (n=129) Număr f(%)
	Sex		
	Femei	Bărbați	
Psihiatrie	23 (67,64)	11 (32,36)	34 (26,36)
Specialitate medicină internă	35 (83,33)	7 (16,67)	42 (32,56)
Specialitate paraclinice	7 (63,63)	4 (36,37)	11 (8,51)
Specialitate chirurgicale	13 (72,22)	5 (27,78)	18 (13,96)
Altele (medicină de familie, medicină de urgență, anestezie și terapie intensivă, pediatrie)	19 (79,16)	5 (20,84)	24 (18,61)

Tabelul 1 Prezentarea lotului inclus în studiu în funcție de specialități.

Studiul evidențiază valori mai scăzute ale dimensiunii conștiinciozității la medicii rezidenți psihiatri comparativ cu celelalte specialități ($p<0,0151$), Bexelius et al (2016) a demonstrat de asemenea că dimensiunea conștiinciozității este scăzută la medicii psihiatri. Conștiinciozitatea scăzută – în sens adaptativ – se manifestă prin flexibilitate ridicată, spontaneitate, nonconformism, capacitate bună de adaptare la situații noi, toleranță crescută în fața unor activități mai puțin structurate, nevoie crescută de manifestare liberă și firească în rolurile vieții. Majoritatea celor care au optat pentru psihiatrie au valori mai crescute ale dimensiunii agreabilitate față de medicii din celelalte specialități ($p<0,0382$). Agreabilitatea crescută caracterizează persoane altruiste, prietenoase, empatice, care au încredere în calitatea condiției. Ei întrețin relații armonioase și de calitate cu cei din jur și au abilitatea de a diminua conflictele, preferând strategii constructive în

defavoarea celor coercitive. Aceștia sunt orientați social spre nevoile celor din jur, recompensând eforturile celor lațti. Toate aceste atribute sunt compatibile cu domeniul de activitate specific medicului psihiatru.

De asemenea, se remarcă nivelul scăzut al extroversiunii la medicii din specialitățile paraclinice ($p<0,0284$), aceștia având în mai mică măsură contact direct cu pacienții, lucru observat și de Mullola et al (2018). Se caracterizează ca fiind retrăși din punct de vedere social, rezervați, cu o atitudine pasivă, preferând să-i lase pe cei din jur să preia inițiativa. Acest rezultat confirmă preferința persoanelor dominant introvertite pentru activități solitare și liniste în domeniul medical.

Pe de altă parte, dimensiunea extroversiune este crescută la medicii din specialitățile chirurgicale ($p<0,0049$) în raport cu medicii din celelalte specialități, acest lucru fiind confirmat și de Mehmood et al. (2013). Rezultatul confirmă nivelul crescut de activism, îndrăzneală, asumarea riscurilor, încrederea crescută în forțele proprii și optimismul structural al practicanților chirurgiei. Aceștia preferă să acționeze și să preia rapid inițiativa, aspecte care sunt indispensabile intervențiilor chirurgicale.

Valorile crescute ale dimensiunii conștiinciozitate, compatibile în mare măsură cu vocația de medic evidențiate la specialitățile din medicina internă ($p<0,0478$), caracterizează persoane cu nivel crescut de autocontrol și încredere în sine, responsabile și perseverente. Ele sunt ordonate, meticuloase și preferă activități organizate și bine structurate. Au manifestări emoționale mai controlate, sunt demne de încredere și pot fi un model pentru un stil de viață echilibrat și sănătos. Aceștia își pot neglijă viața personală în favoarea muncii. Mullola et al (2018) au evidențiat de asemenea faptul că medicii interniști au valori crescute ale dimensiunii conștiinciozitate. Totodată medicii din această specialitate au evidențiat și o agreabilitate crescută ($p<0,0440$) față de medicii din restul specialităților. Aceștora le sunt caracteristice diversele fațete ale empatiei incluzând răbdarea și stilul suportiv.

Medicii din toate specialitățile au prezentat un nivel scăzut la dimensiunea stabilitate emoțională. Faptul pledează pentru un anumit nivel de anxietate structurală care poate fi inițial adaptativă, dar în cazul intervenției unor factori stresanți supraliminari sau imprevizibili poate deveni manifestă clinică.

Asocierile dintre dimensiunile personalității și specialitățile medicale sunt expuse în tabelul 2.

În țara noastră, alegerea specialității medicale este condiționată de nota obținută la Concursul Național de Rezidențiat, cât și de locurile puse la dispoziție candidaților de către Ministerul Sănătății. Date fiind aceste condiționări, opțiunea profesională poate să nu fie cea preferată inițial.

Numărul medicilor inclusi în studiu este redus, motiv pentru care a fost necesară eșantionarea lor în grupuri reprezentative care nu oferă o imagine a profilului fiecărei specialități.

Studiul evidențiază asocieri privind dimensiunile personalității și orientarea în activitatea profesională în rândul subiecților studiați. Aceasta, chiar și în absența unei autocunoașteri specifice privind compatibilitatea dintre stilul personal - condiționat de

dimensiunile personalității - și specialitatea medicală aleasă.

Se confirmă utilitatea evaluării personalității din punct de vedere dimensional în vederea estompării discrepanțelor privind abilitățile și stilul personal, respectiv caracteristicile activității profesionale și obiectivele propuse.

Acest demers ar putea fi integrat în programe educaționale și intervenții menite să sprijine procesul decizional în orientarea profesională prin evidențierea unor factori personologici favorizați și/sau vulnerabilizați în acest sens.

Specialități	Dimensiuni				
	D	E	C	A	S
	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD
Psihiatrie	55,829 11,612	49,370 9,978	44,45 7,687	52,379 9,731	47,579 7,687
Specialități medicină internă	50,826 10,038	47,754 10,568	50,408 10,079	50,210 8,507	45,136 7,721
Specialități paraclinice	51,336 10,650	42,963 9,599	49,2 10,601	48,536 9,718	47,136 10,697
Specialități chirurgicale	54,066 8,407	56,6 9,254	48,327 9,786	47,133 7,801	43,338 8,206
Altele (medicina de familie, dermatologie, medicină de urgență)	51,25 9,132	55,966 10,579	44,416 8,611	43,908 7,548	43,45 6,516
$\alpha=0,05$ CI=95%					
	p	p	p	p	p
Psihiatrie/specialități medicină internă, specialități paraclinice, specialități chirurgicale, altele	0,1331	0,7260	0,0151	0,0382	0,1196
Specialități paraclinice/specialități medicină internă, specialități chirurgicale, psihiatrie, altele	0,5271	0,0284	0,6390	0,8626	0,6616
Specialități medicină internă/specialități paraclinice, psihiatrie, specialități chirurgicale, altele	0,0440	0,0772	0,0478	0,5464	0,4905
Specialități chirurgicale/specialități paraclinice, psihiatrie, specialități medicină internă, altele	0,4082	0,0049	0,8993	0,0976	0,2375

Tabelul 2 Asocierile între dimensiunile personalității și specialitățile medicale

1.Certificări

Fiecare autor confirmă că prezentul articol nu a mai fost trimis unei alte publicații și nu a fost publicat în altă revistă în întregime sau într-o formă similară.

Toți autori au aprobat conținutul acestei lucrări și au fost de acord cu cerințele de publicare ale Revistei Române de Psihiatrie.

Prezentul studiu a fost aprobat de către Comisia de etică a cercetării științifice din cadrul Universității de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie “George Emil Palade” din Târgu-Mureș în data de 02.04.2020, decizia nr. 832. Subiecții au participat la studiu după ce și-au dat acordul prin consimțământul informat.

Autorii confirmă că prezentul studiu nu servește intereselor personale materiale sau ale unor firme medico-farmaceutice și are doar scop științific și didactic. De asemenea, menționăm faptul că nu este un studiu finanțat de către o persoană fizică sau juridică.

2.Abreviații

DECAS: Inventar de personalitate, acronim pentru

dimensiunile din modelul celor cinci factori; D: Deschidere; E: Extroversiune; C: Conștiinciozitate; A: Agreeabilitate; S: Stabilitate emoțională.

Bibliografie

- 1.Aurel Nireștean, Mihai Ardelean. Personalitate și profesie. Târgu-Mureș. University Press. 2001. ISBN 973-98753-7-8.
- 2.Hojat M, Erdmann JB, Gonnella JS. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE guide no. 79. *Medical Teacher*. 2013; 35(7):e1267–301.
- 3.Borges, Nicole & Savickas, Mark. Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment - JCAREER ASSESSMENT*. 2002;362-380.
- 4.Bradley A, Maron, Steven Fein, Barry J. Maron, Alexander T. Hillel, Mariam M. El Baghdadi, Paul Rodenhauser. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2007 Jan; 20(1): 22–26.
- 5.Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Med Educ*. 2004; 38(2):177–86.
- 6.Boyd R, Brown T. Pilot study of Myers Briggs type Indicator personality profiling in emergency department senior medical staff. *Emerg Med Australas*. 2005; 17(3):200–3.
- 7.Yu-Che Chang, Hsu-Min Tseng, Xaviera Xiao, Roy Y. L. Ngerng, Chiao-Lin Wu, Chung-Hsien Chaou. Examining the association of career stage and medical specialty with personality preferences – a cross sectional survey of junior doctors and attending physicians from various specialties. *BMC Medical Education*. 2019 19:363.
- 8.Mehmood SI, Khan MA, Walsh KM, Borleffs JCC. Personality types and specialist choices in medical students. *Medical Teacher*. 2013; 35(1):63–8.
- 9.Bexelius TS, Olsson C, Järnbert-Pettersson H, Parmskog M, Ponzer S, Dahlin M. Association between personality traits and future choice of specialisation among Swedish doctors: a cross-sectional study. *Postgrad Med J*. 2016; 92(1090):441–6.
- 10.Markert RJ, Rodenhauser P, El-Baghdadi MM, Juskaite K, Hillel AT, Maron BA. Personality as a prognostic factor for specialty choice: a prospective study of 4 medical school classes. *The Medscape Journal of Medicine*. 2008; 10(2):49.
- 11.Maron BA, Fein S, Maron BJ, Hillel AT, El Baghdadi MM, Rodenhauser P. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc (Baylor Univ Med Cent)*. 2007; 20(1):22–6.
- 12.Woolf K, Elton C, Newport M. The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: a longitudinal cohort study. *BMC Medical Education*. 2015; 15(1):46–57.
- 13.Wilson I, Griffin B, Lampe L, Eley D, Corrigan G, Kelly B, Stagg P. Variation in personality traits of medical students between schools of medicine. *Medical Teacher*. 2013; 35(11):944–8.
- 14.Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school and in a medical career: systematic review of the literature. *BMJ*. 2002; 324:952–7.
- 15.Ferguson E, Semper H, Yates J, Fitzgerald JE, Skatova A, James D. The 'dark side' and 'bright side' of personality: when too much conscientiousness and too little anxiety are detrimental with respect to the Acquisition of Medical Knowledge and Skill. *PLoS One*. 2014; 9(2):e88606.
- 16.Ferguson E, James D, O'Hearn F, Saunders A. A pilot study of the roles of personality, references and personal statements in relation to performance over the five years of a medical degree. *BMJ*. 2003;326:429–32.
- 17.Boyce CJ, Wood AM, Brown GDA. The dark side of conscientiousness: conscientious people experience greater drops in life satisfaction following unemployment. *J Res Pers*. 2010; 44(4):535–9.
- 18.Sava, Florin. DECAS. Personality Inventory. User Manual. ArtPress Publishing House, Timișoara, 2008.
- 19.Lukacs Emese. Teză de doctorat – Primul episod psihotic între dimensiuni și categorii personologice. Târgu-Mureș. 2012.
- 20.Sari Mulla, Christian Hakulinen, Justin Presseau, David Gimeno Ruiz de Porras, Markus Jokela, Taina Hintsa, Marko Elovaainio. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Medical Education* (2018) 18:52.
- 21.Lukacs E, Nireștean A, Oltean A. (2018) Conscientiousness Dimension and Pathological Personalities. *Romanian Journal of Psychiatry*, vol. XX (2), 55-56.

EFFECTUL DEPRESIEI ASUPRA CALITĂȚII SUBIECTIVE ȘI OBIECTIVE A VIEȚII LA PACIENTII DIAGNOSTICATI CU SCHIZOFRENIE

Valentin P. Matei¹, Alexandru N. Pavel², Alina E. Roșca³

Rezumat

INTRODUCERE: Calitatea vieții reprezintă un parametru important căruia clinicienii ar trebui să îl acorde o mare importanță atunci când au de a face cu managementul unui caz de schizofrenie. Este crucială continuarea cercetării pentru o mai bună cunoaștere a factorilor care influențează calitatea vieții, pentru a aborda mai eficient pacienții cu o boală incurabilă și cronică, precum schizofrenia.

METODĂ: Am evaluat pacienții care au îndeplinit criteriile DSM IV și ICD-10 de schizofrenie și au fost internați în spitalul de psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” din București, în perioada 01.10.2009-01.10.2012. Acestea reprezintă un studiu prospectiv, non-intervențional, care evaluatează calitatea vieții la pacienții cronici cu schizofrenie. Scopul nostru a fost să evaluăm calitatea vieții pacienților cu simptome depresive, măsurate prin intermediul sub-scalei G6 a Scalei pentru Simptome Pozitive și Negative (PANSS). A fost utilizată statistică descriptivă pentru a prezenta caracteristicile lotului și regresii logistice simple pentru a evalua impactul depresiei asupra calității vieții și stimei de sine (determinată prin scala GAF – Evaluarea Globală a

Funcționalității, scala de evaluare a calității vieții elaborată de OMS-WHO-QOL și inventarul pentru stima de sine Rosenberg).

REZULTATE: Am inclus toți pacienții care au prezentat date complete, cumulând un total de 110. Patruzeci și cinci (14,6%) au fost bărbați și media (abaterea standard) vârstei a fost de 40,2 (10,37) ani. Media scorului PANSS G6 a fost 3, reprezentând depresie ușoară spre moderată. Pacienții cu schizofrenie ce prezintă și depresie au avut o calitate a vieții mai scăzută, mai accentuată în domeniul fizic ($p=.002$), relații sociale ($p=.034$) și domeniul psihologic ($p=.005$) ale scalei WHO-QOL. A fost corelată, de asemenea, și cu o stima de sine scăzută ($p=.001$), măsurată prin intermediul scalei Rosenberg și nu a influențat semnificativ scorul GAF ($p=.259$).

CONCLUZIE: Depresia este frecvent întâlnită în schizofrenie și are un impact negativ asupra calității vieții. Este importantă recunoașterea acestor simptome și tratarea lor corectă pentru a putea îmbunătăți calitatea vieții acestor pacienți.

Cuvinte cheie: schizofrenie, depresie, calitatea vieții, stima de sine.

INTRODUCERE

Se consideră în prezent (1) că 6% până la 65% dintre pacienții diagnosticați cu schizofrenie vor prezenta simptome depresive de-a lungul evoluției bolii. Cauza acestor simptome ar putea fi tratamentul neuroleptic („disforie indușă de neuroleptic”), conștientizarea și înțelegerea bolii și a impactului negativ asupra vieții individului, o vulnerabilitate biologică la depresie sau diferite combinații ale variantelor prezентate anterior. Unii autori (2) consideră depresia ca un simptom principal al schizofreniei, cu raportări mai frecvente (3) în cadrul fazelor acute, comparativ cu pacienții stabili.

Calitatea vieții (QoL), definită ca (4) „senzația de bine și satisfacție trăite de un individ în condițiile actuale de trai”, reprezintă un factor important, atât pentru pacienți, cât și pentru clinicieni, devenind o țintă importantă de atins de către sistemele de sănătate. Pacienții cu schizofrenie au, în general, o calitate a vieții mai scăzută (5).

Depresia la pacienții cu schizofrenie ar putea fi considerată un avantaj, cât și un dezavantaj, deoarece prezența acesteia la momentul diagnosticului reprezintă un factor de prognostic pozitiv la 2 ani (6), dar cu scădere a calității vieții (7).

Este important să controlăm pentru simptomele

negative atunci când evaluăm efectele depresiei asupra QoL, deoarece acestea ar putea reprezenta factori de confuzie din cauza suprapunerii psihopatologice (anhedonie, apatie, lipsa determinării și inițiativei). Rezultatele au fost mixte în ceea ce privește efectele simptomelor negative asupra calității vieții, unele studii raportând asociere între simptomele negative și depresie (8,9), în timp ce altele nu au raportat nicio asociere (10-13).

Pacienții cu schizofrenie, care au și depresie, prezintă simptome psihopatologice intense, măsurate prin intermediul PANSS (14). Scorurile sunt mai crescute pentru fiecare tip de sub-scală: simptome pozitive, simptome negative și simptome generale. și scorul total al PANSS influențează calitatea vieții, scorurile mai ridicate reflectând o calitate a vieții mai scăzută. Cele mai afectate domenii ale calității vieții pacienților cu schizofrenie și depresie au fost: angajarea în relații sociale, comunicarea interpersonală și independența. Pe scara PANSS, scorurile mai mari de depresie și excitare au dus la o calitate a vieții mai scăzută (15).

Depresia și anxietatea sunt corelate negativ cu latura subiectivă a calității vieții, relație menținută și după controlarea pentru simptomele negative și pozitive ale schizofreniei (16). Nici depresia și nici anxietatea nu par a

¹Medic primar psihiatru, Spitalul de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”; Șef de Lucrări în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

²Medic rezident psihiatru, Spitalul de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”; Asistent Universitar în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

³Medic primar psihiatru, Spitalul de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”; Asistent Universitar în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

avea un impact asupra calității vieții evaluată obiectiv. Un alt studiu (17) susține acest rezultat, raportând o mai slabă calitate a vieții subiectivă, cu cât sunt prezente mai multe simptome de depresie, chiar și după controlarea pentru factori sociali și demografici (vârstă, educație, statut marital). Numai severitatea simptomelor negative a fost asociată semnificativ cu o slabă calitate a vieții. Se pare că evaluarea obiectivă și subiectivă a calității vieții nu este interdependentă, după cum se poate observa din diferența dintre factorii care le influențează pe fiecare. Pacienții tind să aibă un scor mai mare al depresiei la prima evaluare, cu tendință descrescătoare la evaluările ulterioare, independentă de tratament (7). Acest lucru ar putea fi explicat prin pierderea insight-ului, odată cu progresia bolii. Unele studii (18,19) arată că un insight bun este asociat cu depresia, o calitate a vieții și stima de sine scăzute, moderate prin intermediul stigmei.

Scopul studiului nostru a fost să evaluăm efectele depresiei asupra calității vieții, atât din punct de vedere obiectiv, cât și subiectiv, la pacienții diagnosticăți cu schizofrenie.

MATERIALE ȘI METODE

Eșantionul folosit provine dintr-o bază de date a unei lucrări de doctorat (20) și conține 110 pacienți internați voluntar în spitalul „Prof. Dr. Alexandru Obregia” în perioada 01.10.2009-01.10.2012 cu diagnosticul de schizofrenie, conform ICD-10 sau DSM-IV-TR. Vârstele acestora au fost între 18 și 65 de ani și au fost tratați cu antipsihotic cel puțin 4 săptămâni înaintea includerii. Am inclus în analiză doar pacienții care au avut date pentru toate variabilele evaluate.

Calitatea vieții a fost evaluată folosind Scala Calității Vieții a OMS-ului (WHO-QOL), stima de sine cu scala Rosenberg, funcționalitatea prin scala globală a funcționalității (GAF) și simptomele clinice prin intermediul Scalei pentru Simptomele Pozitive și Negative (PANSS).

Scala WHO-QOL BREF (21) prezintă un profil al calității vieții. Aceasta denotă percepția individului asupra calității vieții în următoarele domenii: fizic (cu subdomeniile: activități ale vieții de zi cu zi, dependență de medicamente sau alte dispozitive medicale, energie și fatigabilitate, durere și disconfort, somn și odihnă, capacitate de muncă), psihologic (cu subdomeniile: imaginea corpului și aspect fizic, simptome pozitive și negative, stima de sine, spiritualitate/religie/credințe personale și gândire, învățare, memorie și concentrare), relații sociale (cu subdomeniile: relații personale, suport social, activitate sexuală) și mediul înconjurător (cu subdomeniile: resurse financiare, independență, siguranță fizică, îngrijire a sănătății și socială, mediul de acasă, oportunități pentru dobândirea de noi informații și aptitudini, recreere/activități din timpul liber, deplasare și mediul fizic).

Scala Rosenberg pentru stima de sine (22) este un instrument auto-raportat ce conține 10 itemi pentru evaluarea stimei de sine prin măsurarea atitudinilor negative și pozitive asupra propriei persoane.

Scala pentru evaluarea Funcționalității Globale (GAFS) (23) este un instrument care măsoară funcționalitatea psihologică, socială și ocupațională a pacienților cu o tulburare psihică, dar care nu include limitări datorate unor cauze somatice (sau de mediu) și are un scor care variază între 1 (cel mai slab) și 100 (cel mai bun).

Scala pentru Simptome Pozitive și Negative

(PANSS) (24) este considerat standardul de aur pentru evaluarea eficienței tratamentului cu antipsihotic. Are 30 de itemi și conține practic 4 scale de măsurare a simptomelor pozitive și negative, diferența dintre acestea și evaluarea generală a severității bolii. Pentru a evalua depresia am folosit sub-scala depresiei (G6) a scalei PANSS. Aceasta are un scor între 1 și 7, cu scorurile mari reflectând o severitate mai mare a depresiei. Sub-scala G6 a depresiei reprezintă o metodă suficient de sensibilă (25) pentru a identifica simptomele depresive la pacienții cu schizofrenie, considerată la fel de eficientă ca scala Calgary pentru depresie (CDSS) și mai bună decât scala Hamilton pentru depresie (HAM-D) atunci când sunt folosite pentru evaluarea acestor simptome la pacienții cu schizofrenie.

ANALIZĂ STATISTICĂ

S-a folosit statistică descriptivă pentru a prezenta caracteristicile lotului folosind numărul de cazuri (procent) pentru variabilele categoriale: sex, status marital și profesional, ani de boală; și media (abaterea standard) pentru variabilele continue, cum ar fi: vârstă, scorurile PANSS, Rosenberg, GAF, PANSS G6. Se consideră semnificativă statistic o valoare a p mai mică de 0,05.

REZULTATE

Caracteristicile socio-demografice sunt prezentate în Tabelul 1. Rezultatele analizei sunt raportate în Tabelul 2.

	N (%)
Bărbați	45 (14.6)
Vârstă*	40.2 (10.37)
Status marital	
Singur	54 (49.1)
Căsătorit	21 (19.1)
Divorțat	26 (23.6)
Altele	9 (8.2)
Status profesional	
Angajat	16 (14.5)
Neangajat	94 (86.5)
Ani de boală	
<2 ani	71 (64.6)
>2 ani	39 (35.4)

Tabelul 1. *rezultatele sunt prezentate cu medie (abatere standard)

Scale	M, SD	p, R ² , β
PANSS G6	3.04, 1.16	Variabilă independentă
GAFS	75.14, 9.17	.259, .012, -.109
ROSENBERG	6.86, 8.58	.001, .094, -.307
WHO-QOL BREF		
Fizic	16.15, 8.58	.002, .083, -.287
Relații sociale	3.37, 4.25	.034, .041, -.202
Psihologic	10.99, 6.17	.005, .072, -.269
Mediu	9.98, 12	.22, .014, -.119

Tabel 2. M – medie, SD – abatere standard, rezultatele semnificative statistic sunt prezentate cu text îngroșat (bold).

DISCUȚII

Evaluând calitatea subiectivă a vieții, rezultatele noastre au fost în concordanță cu cele din literatură (14,17), corelând depresia cu deficite la nivelul relațiilor sociale, funcționării fizice și psihologice. Acest lucru se traduce printr-o funcționare mai slabă în realizarea activităților zilnice obișnuite, o energie scăzută, fatigabilitate, durere și disconfort.

Cu toate acestea, nu a existat o asociere

semnificativă a depresiei cu sub-domeniul „mediul”. Este posibil ca acest rezultat să fie datorat prezenței unui îngrijitor/apărător care contribuie la formarea unui mediu mai bun pentru pacient.

Prezența depresiei la pacienții cu schizofrenie determină o scădere a stimei de sine, rezultat raportat și în alte studii din literatură (26,27). Cu un scor mediu de 6,86 pe scara Rosenberg, conform analizei noastre, depresia reprezintă unul dintre cei mai mari contributori ai unei stime de sine scăzute, care, în final, conduce și la o scădere a calității vieții (28). Se poate concluziona că depresia reduce calitatea vieții prin ea însăși, dar și prin intermediul unei stime de sine scăzute.

Depresia nu a influențat funcționarea globală a pacienților cu schizofrenie, evaluată de clinician prin GAFS. Scorul mediu GAF al pacienților din studiul nostru a fost de 75, situându-i în jumătatea superioară a scalei. Astfel, s-a observat doar o deteriorare ușoară a funcției sociale și profesionale. Acest rezultat este în contradicție cu altele din literatură, care atestă o asociere pozitivă între GAFS și calitatea globală a vieții (29), fiind important de menționat că în acest studiu pacienții cu schizofrenie raportat un scor mai mic al GAF (scor de 62) comparativ cu cel raportat de noi (scor de 75).alte studii nu au găsit o asociere între depresie și GAFS (30), accentuând dihotomia (obiectivă și subiectivă) calității vieții (31) și, deci, importanța percepției subiective în cadrul acestui domeniu. Există diferențe discutate în literatură în ceea ce privește percepția subiectivă și obiectivă a calității vieții, astfel intervențiile pot îmbunătăți doar calitatea obiectivă, calitatea subiectivă sau ambele.

Conform rezultatelor noastre, scorul mediu al scalei PANSS pentru depresie (G6) a fost 3, reprezentând faptul că pacienții au raportat o depresie ușoară către moderată. Am găsit rezultate similare în literatură (25). Una dintre explicațiile posibile pentru raportarea unei depresii ușoare spre moderate, și nu a unei severități crescute a bolii, ar putea fi lipsa insight-ului. Încă un lucru dezbatut în literatură este faptul că pacienții cu schizofrenie au dificultăți în exprimarea emoțiilor, în timp ce experiența subiectivă rămâne neschimbătă (32). PANSS fiind o scală efectuată de clinician, este posibil să nu cuprindă simptomele depresive în totalitatea lor.

CONCLUZII

Depresia apare frecvent la pacienții cu schizofrenie. Prezența concomitentă a acesteia este asociată cu o scădere a calității vieții. Din acest motiv este foarte importantă identificarea și tratarea simptomelor depresive la pacienții cu schizofrenie pentru a le putea aduce îmbunătățiri asupra calității vieții.

Bibliografie

1. Weinberger DR, Marenco S. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Schizophrenia*. 2003;326–48.
2. Johnson DAW. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1981;139(2):89–101.
3. Mulholland C, Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Adv Psychiatr Treat*. 2000;6(3):169–77.
4. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(4):369–73.
5. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94(2):118–24.
6. Lindenmayer J, Kay SR. Depression, Affect and Negative Symptoms in Schizophrenia. 1989;155:108–14.
7. Moritz AKS, Schoder MLS. PANSS Syndromes and Quality of Life in Schizophrenia. 2005;320–6.
8. Prosser ES, Csernansky JG, Kaplan J, Thiemann S, Becker TJ, Hollister LE. Depression, parkinsonian symptoms, and negative symptoms in schizophrenics treated with neuroleptics. *J Nerv Ment Dis*. 1987;
9. Müller MJ, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Depressive factors and their relationships with other symptom domains in schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic depression. *Schizophr Bull*. 2001;27(1):19–28.
10. Goldman RG, Tandon R, Liberon I, Greden JF. Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*. 1992;25(1):49–56.
11. Barnes TRE, Curson DA, Liddle PF, Patel M. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989;154(4):486–91.
12. Mauri MC, Bitetto A, Fabiano L, Laini V, Steinilber C, Fornier M, et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: the effect of four neuroleptic drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1999;23(1):43–54.
13. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*. 2000;45(1–2):47–56.
14. Theodosopoulou E, Raftopoulos V. A study to ascertain the patients' satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients' satisfaction in Poland Volume 52. 2007;(February).
15. Reine G, S DT, Sapin C, Depression AP. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. 2003;297–303.
16. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. 2001;51.
17. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. 2008;98:201–8.
18. Rieckmann N, Reichenberg A, Bowie CR, Parrella M, White L, Friedman JI, et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. 2005;77:179–87.
19. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* [Internet]. 2 0 0 9 ; 1 1 5 (2 – 3) : 3 6 3 – 9 . A v a i l a b l e f r o m : <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.06.015>
20. Rosca AE. Particularități ale calității vieții în schizofrenie. [Bucharest]: Carol Davila Medicine and Pharmacy;
21. The WHOQOL Group. Whoqol-Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Program Ment Heal. 1996;(December):16.
22. Gray-Little B, Williams VSL, Hancock TD. An item response theory analysis of the Rosenberg self-esteem scale. *Personal Soc Psychol Bull*. 1997;23(5):443–51.
23. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10:1–11.
24. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
25. El M, Battas O, Agoub M, Moussaoui D, Gutknecht C, Dalery J, et al. Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia. 2002;56:121–7.
26. Karatzias T, Gumley A, Power K, O'Grady M. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2007;48(4):371–5.
27. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res*. 2004;129(2):141–7.
28. Kunikata H, Mino Y, Nakajima K. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(2):163–9.
29. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in.pdf. 1997;6:21–6.
30. Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia: Regular article. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(4):521–8.
31. Skantze K et al. Quality of life in schizophrenia. *Nord Psykiatr Tidsskr*. 1990;(44):71–5.
32. M KA, L KS, A SD, M NJ. Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *J Abnorm Psychol*. 1993;102(4):507–17.

TULBURARE DELIRANTA DE SOMATIZARE LA UN PACIENT CU HIDROCEFALIE COMUNICANTA NORMOTENSIVA IDIOPATICA

Ana A. Talasman¹, Claudiu G. Ionescu², Maria M. Manea³, Sorin Tuta⁴

REZUMAT

Introducere : Tulburarea deliranta reprezinta unul dintre cele mai dificile tipuri de afectiuni psihiatric din punct de vedere al abordarii si al tratamentului datorita convingerilor si ideilor prezентate de catre pacient, al absentei insightului dar si datorita rezistentei la tratamentul psihotrop. Dintre acestea, tulburarea deliranta de somatizare sau hipocondriaca reprezinta acea situatie in care pacientul prezinta convingerea ca parti ale corpului nu functioneaza normal, ca anumite portiuni au dimensiuni exagerate sau diminuate sau prezinta diverse caracteristici olfactive, tactile sau dureroase deranjante. Una dintre specificitatatile acestui tip de tulburare o reprezinta ideatia cu caracter non-bizar spre deosebire de ideatii delirante bizare specifice schizofreniei dar pe care pacientul o sustine fara vreo urma de indoiala spre deosebire de tulburarea somatoformă.⁽¹⁾

Obiectiv si metode: Scopul prezentarii este acela de a evidenția evoluția unei astfel de tulburari delirante de somatizare si provocarile întâlnite în cursul diagnosticării si investigării acestui tip de pacient corroborand modificările cerebrale constatate cu prognosticul si evoluția afectiunii prezente.

Descrierea cazului: D.E. este o pacientă în varsta de 64 ani care se prezinta în clinica noastră având în antecedentele psihiatriche o singura internare pana in

prezent si care manifesta o tulburare deliranta hipocondriaca constand in hiperalgie vertebrală-toracala localizata la nivel T8-T10, insotita de dispozitie depresiva cu anhedonie, hipobulie si anxietate de intensitate crescuta. Pacienta sustine ca a suferit in urma cu 8 ani un traumatism toraco-lombar in urma unui accident prin cadere de la acelasi nivel, acela fiind momentul in care au debutat acuzele de tip somatic. In tot acest timp pacienta a suferit trei interventii chirurgicale la nivel vertebral-toracal, fara vreo ameliorare consistenta a simptomatologiei. La examenul computer tomograf cerebral efectuat in clinica noastra se evidențiaza o hidrocefalie interna comunicanta. In urma tratamentului psihotrop administrat si a diverselor consulturi interclinice pacientul se externeaza in stare ameliorata din punct de vedere afectiv, ideatia deliranta de somatizare scazand vizibil in intensitate.

Concluzii: E necesar ca tulburarea deliranta de somatizare sa fie diferențiată de tulburarea somatoformă sau tulburarea depresivă cu simptome somatice. De asemenea este important diagnosticul diferențial cu afectiunile de origine somatică. In acest sens interviul psihiatric si modificările evidențiate paraclinic la nivel cerebral pot fi esențiale in precizarea diagnosticului si a evoluției afectiunii psihiatrică.

Cuvinte-cheie: delirant, hidrocefalie, somatizare, somatoform, cognitiv

INTRODUCERE

Tulburarea deliranta reprezinta acel tip de afectiune psihiatrică în care pacientul prezintă convingeri și gânduri false non-bizare dintre cele mai variate cu durată de peste o luna și cărora nu le este atribuită o altă cauză de origine psihiatrică. Termenul „non-bizar” se referă la idei care se încadrează într-o situație de viață reală, care au posibilitatea frușta de a se petrece. Astfel de tulburări delirante sunt cele de urmărire, persecuție, relație sau de modificare la nivelul corpului sau de somatizare. De asemenea, la același pacient pot fi prezente mai multe

ideatii delirante în același timp dar cu predominația uneia dintre ele.⁽²⁾

Cauza ideatiei delirante de somatizare este necunoscută. Diferențierea majoră este cea făta de tulburările afective și schizofrenie. Dintre factorii care pot influența debutul afectiunii ii mentionăm pe cei biologici precum diverse afectiuni neurologice la nivelul sistemului limbic și al ganglionilor bazali. Factorii psihodinamici se referă la teoriile mecanismelor defenselor susținute de Freud sau la teoria pseudocomunității paranoide susținută de Cameron⁽³⁾. De asemenea, izolarea socială, psihodinamica dezvoltării, diferite deficiențe ale analizatorilor auditiv

¹MD, PhD, Asis. univ., „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

²MD, PhD student, „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

³MD, PhD Asist. univ., National Institute of Neurology and Neurovascular Diseases, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

⁴MD, PhD, Conf. Univ. National Institute of Neurology and Neurovascular Diseases, Bucharest, Romania, „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Psychiatry XII, Department „Alexandru Obregia” Clinical Psychiatry Hospital, Bucharest, Romania

Correspondence Author: Claudiu G Ionescu Tel: +40748054156, email: claudiugabrielionescu@gmail.com

sau vizual, conditiile socio-economice precare, vulnerabilitatea unumitor categorii sociale cum ar fi imigrantii sau detinutii, toate pot avea un rol important in debutul si intretinerea tulburarii delirante de orice tip.⁽⁴⁾

Din punct de vedere al tabloului clinic este esential de retinut ideatia deliranta sistematizata cu caracter non-bizar si care nu ii afecteaza pacientului functionalitatea cotidiana de baza. Cortina afectiva care insoteste tulburarea de acest tip este congruenta cu acuzele pacientului spre deosebire de ideatiile delirante bizarre din cadrul tulburarilor psihotice. De asemenea este important de retinut ca afectiunea nu este atribuita consumului diverselor substante psihotrope sau altor afectiuni de origine somatica.

Exista insa o multitudine de cauze somatice care se manifesta cu tulburari de tip delirant cum ar fi afectiuni vasculare ca encefalopatia hipertensiva, tumori cerebrale sau debutul unor sindroame degenerative la nivel cerebral, traume la nivel subdural, boli infectioase ca sindromul Creutzfeld-Jakob sau sifilis. De asemenea, endocrinopatii sau deficiente vitaminice ca cea de B12, intoxicii latente cu mercur,arsenic sau thallium pot contribui la aparitia ideatiei delirante de orice tip.

Prognosticul acestui tip de afectiune este unul rezervat datorat,in primul rand, rezistentei la terapia psihotropa dar si duratei indelungate pana la adresabilitatea psihiatrica a pacientilor precum si relatiei defectuoase pacient-familie si pacient-psihoterapeut avand in vedere insightul absent al pacientilor in evolutia afectiunii.

PREZENTAREA CAZULUI

D.E. este o pacienta de 64 ani care se prezinta in clinica noastra, pentru internare, la aproximativ un an dupa prima internare intr-o clinica psihiatrica unde a prezentat simptomatologie de tip depresiv.

ISTORICUL

Debutul bolii se situeaza in urma cu 8 ani atunci cand pacientul afirma ca a suferit un accident casnic prin cadere de la acelasi nivel cu traumatism lombar care a necesitat doar tratament simptomatic cu AINS si miorelaxante. Din acel moment pacienta prezinta acuzele somatice care au facut-o sa se adreseze serviciului de neurochirurgie. In serviciul de chirurgie spinala i s-au efectuat in decurs de sapte ani trei interventii de vertebroplastie la nivel T8-T10 in 2011, T12 in 2013 si din nou, T12 in 2016. In urma interventiilor chirurgicale pacienta prezinta o usoara ameliorare a simptomatologiei.

In lipsa ameliorarii la tratamentele simptomatiche urmante timp de 1 an, familia hotaraste ca este momentul pentru solicitarea unui consult psihiatric in ciuda reticentei vizibile a pacientei fata de stigma psihiatrica.

Pe parcursul evolutiei afectiunii,pacienta s-a retras din activitatea profesionala aceasta fiind redactor la o editura literara,retragere motivata de varsta de pensionare la nivel national, nu de alterarea functionalitatii profesionale datorata acuzelor. La prima internare intr-un serviciu psihiatric s-a administrat tratament psihotrop cu Duloxetina 60mg/zi, Quetiapina 50mg/zi, Gabapan 400mg/zi si Lorazepam 1mg/zi timp de 3 zile. Tratamentul a fost augmentat ulterior cu Mirtzapina 30mg/zi si Quetiapina 300mg/zi.

Diagnosticul la externare: Episod depresiv sever fara simptome psihotice conform clasificarilor ICD-10 si DSM-IV⁽⁵⁾. Pacienta este externata si dispensarizata pentru 6 luni cu acest tratament. In timpul tratamentului

aceasta nu prezinta ameliorari vizibile ale simptomatologiei. Familia mentioneaza ca pacienta este afectata in activitatea zilnica nemaiputand indeplini activitatile casnice dar nici hobby-urile din trecut.In consecinta,renunta la tratament dupa 4 luni.

Ulterior, la aproximativ 6 luni de la intreruperea tratamentului, aceasta se interneaza in clinica noastra pentru dispozitie depresiva,anxietate generalizata, ideatie deliranta de somatizare,scadere marcata a functionalitatii chiar si la nivel casnic, tulburari hipnice mixte.

EXAMENUL PSIHIC

La momentul examinarii: pacient in tinuta ingrijita,igiena corespunzatoare,conscient,cooperant,linistit,OTS auto si allopsihic, mimica si gestica hipomobile in concordanta cu dispozitia depresiva,hipoprosexie globala cu scaderea capacitatii de concentrare. Neaga tulburari calitative de perceptie la momentul examinarii.

Ritm si flux ideoverbal lent. Discurs narativ coerent,centrat pe acuzele somatice care capata accente delirante,suspiciozitate, ideatie depresiva de incapacitate,incurabilitate. Anxietate generalizata,ideatie deliranta marcata cu acuze somatice precis localizate la nivel dorsal toraco-lombar, pacientul descrie „simt cum se misca din spate in fata ceva”, „simt cum curge”, ”nu stiu exact ce este dar simt ca ma inteapa ca o electricitate, nu a cedat niciodata la nimic, e la fel de intensa,nu m-a ajutat niciun tratament.”, labilitate emotionala marcata cu plans facil.

Toleranta redusa la frustrare,tulburari hipnice mixte,somnolenta diurna , randament util scazut,apetit alimentar scazut,insightul afectiunii absent.

Examenul fizic evidentiaza la nivel dorsal toracal cicatrici post-operatorii dupa interventiile de vertebroplastie. Obiectiv, lentoare psihomotorie.

Examinele paraclinice includ analize de laborator(HLG,biocemie) care ne indica valori patologice pentru trigliceride-243 N(0-150),VSH-17 n(6-13),Colesterol-265 N(<200).

Teste de laborator pentru HIV,hepatite de origine infectioasa, VDRL si Ac anti Treponema pallidum-negative.

Examenul psihologic efectuat ne indica un MMSE de 27/30, Testul ceasului-10/10,ADL-autonomie personala 6/10,IADL autonomie sociala 6/8,GAES 55/100 cu urmatoarele concluzii-deteriorare cognitiva usoara,arie de interes restransa,labilitate emotionala marcata,prag scazut de toleranta la frustrare,randament util scazut. Tulburare de personalitate anxios-evitanta

Examenul computer tomograf craniian nativ ne indica lipsa leziunilor spontan heterodense supra- sau infratentoriale.Sistem ventricular cu dimensiuni crescute,simetric. Diametrul maxim al ventriculilor cerebraли este de 25 mm. Fara edem de difuziune periventricular. Accentuarea santurilor intergiriale convexitate si interemisferice. Hiperpneumatizarea sinusurilor paranasale si a stancilor temporale si hidrocefalie interna comunicanta, neagresiva de investigat in evolutie.

Electrocardiograma-traseu normal

Examen neurologic-neurologic clinic normal. Nevralgie intercostala post-traumatica. Recomandari: continua tratamentul psihotrop.

TRATAMENT MEDICAMENTOS

In ziua 1 de spitalizare pacientul primeste Risperidona

solutie orala 2ml, Venlafaxina 75mg, Gabapentina 600mg, Clonazepam 1mg, Trihexifenidil 4mg.

Timp de 7 zile simptomatologia nu prezinta semne de ameliorare iar tratamentul se augmenteaza la Riseperidona 4ml, Clonazepam 2mg, Venlafaxina 150mg. Dupa ziua 9 de spitalizare, se adauga Pramiracetam 1200mg.

Symptomatologia scade usor in intensitate ,statusul afectiv se amelioreaza vizibil.

Dupa o spitalizare de 12 zile, pacienta este externata in conditii de ameliorare lenta a simptomatologiei de tip afectiv in schimb ideatia deliranta de somatizare persista dar se incapsuleaza. Pacientul este indrumat catre serviciul de Neurologie pentru investigatii detaliante privind modificarile constatate la nivel cerebral si diagnostic diferential.

La 4 luni de la externare, perioada in care a continuat tratamentul psihotrop fara insa sa meargă si in serviciul de Neurologie pentru monitorizare. Ulterior revine in clinica de Neurologie prezentand:,pacienta se decide sa continue investigatiile si in serviciul de Neurologie unde prezinta tulburare de oculomotricitate de verticalitate predominant in sus, mers nesigur, bradipsihie, usoara hipo-bradicinezie simetrica, declin cognitiv (MMSE 21/30 puncte si MoCA 10/30 puncte cu afectarea functiei vizuo-spatiale, a memorarii, atentiei si capacitatii de abstractizare, rezultate adaptate la gradul de scolarizare al pacientei, episoade de cadere precoce fara pierderea costientei si episoade de incontinenta urinara.

Examenul neurologic efectuat la acel moment ridică suspiciunea de sindrom parkinsonian de tipul paraliziei supranucleare progresive motiv pentru care s-au continuat investigatiile imagistice de tip RMN cerebral care nu evidențiază modificări sugestive pentru acest diagnostic. Se evidențiază însă hidrocefalie tetraventriculară fară semne de activitate, atrofie usoară de corp calos și usoară amprentare a tegumentului și tectumului mezencefalic cu aplativarea acestuia, usoară atrofie mezencefalică și cisterna cvadrigeminală cu dimensiuni ușor crescute ca în Figura 1.

La examenul computer tomograf realizat in cadrul clinicii de Neurologie se evidențiază hidrocefalie fară semne de activitate.

Deoarece in urma investigatiilor imagistice simptomatologia pacientei era explicata de existenta hidrocefaliei s-a decis efectuarea testului TUG (The Timed Up and Go) care reprezinta o metoda cantitativa utila in evaluarea pacientilor care pot rapsunde la suntul ventriculo-peritoneal⁽⁶⁾. In urma extragerii a 50 ml LCR care a evidentiat o ameliorare marcata a tulburarii de mers , la 4 ore de la efectuarea testului pacienta prezintand un raspuns de 20% iar la aproximativ 2 ore o ameliorare aproximativ 40%.

Incontinenta urinara,tulburarile de mers si declinul cognitiv sau Triada Hakims-Adams⁽⁷⁾ reprezinta manifestarile clinice tipice pentru hidrocefalia cu presiune normala iar pareza de oculomotricitate de verticalitate,desi nu este o manifestare clasica a hidrocefaliei normotensive, poate aparea ca o consecinta a compresiei cisternei cvadrigeminale.

Totusi , atat afectarea cognitiva precoce, cat si existenta tulburarilor de oculomotricitate reprezinta „red flags” pentru hidrocefalia normotensiva. Exista in literatura atat date despre posibilitatea existentei hidrocefaliei

normotensive cu un fenotip PSP like⁽⁸⁾ cum este cazul pacientei noastre cu atat mai mult cu cat exista un raspuns la testul TUG. Totusi au fost descrise si serii de cazuri in care hidrocefalia a fost modalitate de debut a PSP, dovedit la examenul anatomo-patologic si care au prezentat pe termen scurt un raspuns moderat la suntul ventriculo-peritoneal, dar nu mentinut la distanta.⁽⁹⁾ Din acest motiv s-a decis temporizarea montarii suntului ventriculo-peritoneal pentru urmarirea fenotipului clinic. Dupa doua luni s-a efectuat operatia de suntare ventriculo-peritoneala si s-a remarcat o imbunatatire certa la nivel cognitiv a simptomatologiei pacientei. Pe toata durata internarii pacientul a urmat tratamentul psihotrop recomandat de medicul psihiatru, respectiv Riseperidona 4ml, Clonazepam 2 mg, Venlafaxina 150mg, Pramiracetam 1200mg.

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

Diagnosticul diferential s-a facut cu afectiunile somatice care ar putea fi cauze potenti ale debutului delirante de orice tip. Cele mai frecvent asociate sunt tulburările toxic-metabolice si afectiunile neurodegenerative de la nivelul sistemului limbic si al ganglionilor bazali. Deși nu au fost încă stabilite corelații anatomic precise, anumite regiuni cerebrale⁽¹⁰⁾-în primul rând cortexul frontal, structurile mesencefalice și diencefalice ale creierului sunt incriminate în fiziopatologia psihozei asociate hidrocefaliei normotensive.

In cazul de fata s-au exclus tulburari vasculare cerebrale prin efectuarea examenului computer tomograf.

S-au exclus afectiuni infectioase prin teste de laborator pentru HIV, hepatite de origine infectioasa, VDRL si Ac anti Treponema pallidum-negative.

Diagnosticul diferential se face cu debutul unei tulburari neurodegenerative ca Dementa Alzheimer care poate prezenta in fazele incipienti cu astfel de tulburari delirante sistematizate in lipsa deteriorarii cognitive si a functionalitatii globale. Durata indelungata a simptomelor, examenul psihologic dar si lipsa unei atrofii cerebrale infirma acest tip de diagnostic.

Tulburarea somatoformă reprezinta unul dintre diagnosticele puse cu usurinta de specialisti in majoritatea prezentarilor cu acuze somatice dar in cazul nostru diferenta catre ideatia deliranta de somatizare este convingerea clara si imperturbabila a pacientului, intensitatea simptomelor sale spre deosebire de tulburarea somatoformă unde pacientii acorda o posibilitate ca afectiunea lor sa nu aiba o baza logica, reala.⁽¹¹⁾

Tulburarea depresiva severa cu elemente psihotice este un alt diagnostic diferential ,pacienta prezintand simptomatologie specifica tulburarilor afective, neindeplinind insa criteriile clinice de tulburare depresiva severa cu elemente psihotice.

DISCUTII

Acest caz a fost unul important deoarece s-au efectuat nu mai putin de trei interventii chirurgicale pentru a inlatura disconfortul creat pacientei din cauza acuzelor somatice fara ca aceasta sa aiba un diagnostic clar la momentul efectuarii interventiilor chirurgicale si o ameliorare a simptomatologiei. O alta caracteristica importanta este evolutia in timp a simptomatologiei si posibila legatura de cauzalitate dintre aceasta si modificarile structurale cerebrale decelate.⁽¹²⁾

O particularitate demna de mentionat este evolutia simptomatologiei cognitive si anume debutul brusc al acestiea cu deteriorarea progresiva in concordanta cu existenta hidrocefaliei comunicate normotensive si ameliorarea acestiea dupa interventia neurochirurgicala de suntare ventriculo-peritoneala.

CONCLUZII

Prezentarea atipică a hidrocefaliei normotensive idiopatice in acest caz subliniază necesitatea de a investiga cu atenție posibila prezență a unui factor organic subiacent la acei pacienți care prezintă predominant simptome psihotice si declin cognitiv.⁽¹³⁾

Prezentarea unui astfel de caz clinic cu implicatii neuropsihiatricre reprezinta un pas catre constientizarea importantei diagnosticului differential dintre tulburarile psihiatricre cu elemente de somatizare,a declinului cognitiv brusc instalat si a corelatiei acestora cu posibilele modificari la nivelul testului cerebral,cu manifestari neurologice specifice. Ordinea aparitiei lor in timp reprezinta un alt element particular in acest caz astfel:

- 1) Ideatia deliranta a debutat inainte sau dupa modificarile cerebrale decelate la examenul computer tomograf?
- 2) Care este relatia de cauzalitate intre simptomatologia psihiatrica de tip delirant somatic si afectiunea neurologica?
- 3) Au existat modificarile cerebrale de la debutul bolii sau au aparut de-novo?
- 4) Exista o corelatie intre afectiunea psihiatrica ca evolutie si prognostic si afectiunea neurologica?

Evolutia pacientei si ritmul aparitiei simptomatologiei de tip neurologic ne fac sa credem ca simptomatologia deliranta a debutat independent de afectiunea neurologica. Aceasta pare sa fi aparut ulterior, avand in vedere debutul brusc al simptomelor neurologice si reducerea semnificativa a acestora dupa interventia de suntare ventriculo-peritoneala efectuata, ideatia deliranta mentinandu-se insa. E posibil insa ca aceasta sa fi contribuit la accentuarea ideatiei delirante somatice.

Rolul serviciului de psihiatrie a fost acela de a lansa investigatiile suplimentare neurologice decelând o componenta somatica a simptomatologiei, dezvoltând astfel noi perspective de diagnostic differential si de tratament mixt: neurochirurgical si psihiatric.

Modificările cerebrale raman elemente de referinta in prognosticul si evolutia unui astfel de caz si factorul

declansator al declinului cognitiv reprezinta factori de prognostic negativ.⁽¹⁴⁾ Sustinerea familiala, abordarea psihoterapeutica coroborata cu monitorizarea atenta prin investigatii viitoare pot mentine nivelul de functionalitate al pacientului in limite rezonabile si pot sustine evolutia favorabila din punct de vedere neuropsihic.

BIBLIOGRAFIE

- 1.Sadock B, Sadock V, Ruiz P,*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry,11th Edition, Chapter 7.4. Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder*,p.334-336, Wolter Kluwer,International Edition, 2017
- 2.Sadock B, Sadock V, Ruiz P,*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry,11th Edition, Chapter 7.4. Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder*,p.330, Wolter Kluwer,International Edition, 2017
- 3.Cameron N, *The paranoid pseudocommunity*, American Journal of Sociology, 46, 33-38, 1959
- 4.Gleeson J, Lim M, *Social Connectedness Across the Psychosis Spectrum: Current Issues and Future Directions for Interventions in Loneliness*, *Front Psychiatry* , 5: 154,2014
- 5.American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington DC, USA
- 6.Niwa H, Hara M, Hama T, Murakami N, *Successful outcome of VP shunt operation in 3 cases of idiopathic normal pressure hydrocephalus with long duration of illness*, Rinsho Shinkeigaku, 46(8): 544-9, August, 2006
- 7.Starr W, Hagen M, Espay A, *Hydrocephalic parkinsonism: lessons from normal pressure hydrocephalus mimics*, Journal of Clinical Movement Disorders, 1:2, 2014
- 8.Chatzioannidis S, Charastisidou I, Nikolaidis N, Garyfallos G, Giouzepas I, *Psychotic symptoms in normal pressure hydrocephalus*, *Psychiatrikis*. 24(3):217-24, Jul-Sep. 2013
- 9.Andrew E. Budson, Paul R. Solomon, Progressive Supranuclear Palsy,Memory Loss, Alzheimer's Disease, and Dementia (Second Edition), 2016
- 10.Bohanon RW,*Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis*, Journal of Psychiatric Geriatrics,29(2):64-8, 2006
- 11.RD Adams, CM Fisher, S Hakim. *Symptomatic occult hydrocephalus with "normal" cerebrospinal fluid pressure. A treatable syndrome*. New England Journal of Medicine,273:117-26.10.1056,1965
- 12.Ghoreishi A, *A somatic type delusional disorder secondary to peripheral neuropathy*: A case report, *Psychiatria Danubina* 20(1):85-7,April 2008
- 13.Pal A, Parmar A, Mandal P, Sagar R. *A case of persistent delusional disorder: Role of dimensions of delusion reappraised*. J Mental Health Hum Behav; 21: 64-5 2016
- 14.Umezaki A, , Uezato A, Toriihara T, Nishikawa T, Toyofuku A, *Two Cases of Oral Somatic Delusions Ameliorated With Brain Perfusion Asymmetry: A Case Report*, Clin Neuropharmacol. Mar; 40(2): 97–99. 2017

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Manuscript criteria and information

Manuscripts and all attached files should be submitted in electronic format to the Editor-in-Chief at: secretariat.arpp@gmail.com.

The manuscript should be accompanied by a cover letter containing:

- The statement on authorship,
- The statement on ethical considerations,
- The statement on financial disclosure.

Manuscripts are received under the understanding that they have the approval of each author, are not simultaneously submitted for another publication and have not been published previously in whole or substantial part. This policy applies to the essential contents, tables or figures, but does not apply to abstracts. Authors must disclose in their cover letters if the submitted manuscript contains any data, patient information or other materials or results that have already been published, are in press or have already been submitted.

Accepted manuscripts become the permanent property of the Romanian Journal of Psychiatry. They may not be republished without permission from the publisher.

Authorship

All named authors should meet the criteria for authorship as stated in the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" issued by the International Committee of Journal Editors (www.icmje.org).

The Romanian Journal of Psychiatry considers all authors to be responsible for the content of the entire paper.

Ethical consideration

If the scientific project involves human subjects or experimental animals, authors must state in the manuscript that the protocol has been approved by the Ethics Committee of the institution within which the research work was conducted. A statement of informed consent for human investigation should be made in writing along with the name of the institutional review board that approved the study protocol. Authors must ensure that patient confidentiality is not way breached. Do not use real names or disclose information that might identify a particular person without informed consent for publication. When clinical photographs of patients are submitted, written consent of the patient must be obtained prior to submission of the article and is the responsibility of the author. The editors reserve the right to reject a paper on ethical grounds. All authors are responsible for adhering to guidelines on good publication practice.

Financial disclosure

The authors should certify that:

- All financial and material support for this research and work are clearly identified in the manuscript.
- All the affiliations with or financial involvement (e.g. employment, consultancies, honoraria, stock ownership or options, expert testimony, grants or patents received or pending, royalties) with any organization or entity with a financial interest or conflict with the subject matter or materials discussed in the manuscript are completely disclosed here or in an attachment.
- They have no relevant financial interests in this manuscript.

The absence of funding should also be declared. The statement on conflicts of interest will be published at the end of the paper. Please submit all requested signed documents by email to the Editor-In-Chief at: secretariat.arpp@gmail.com.

Peer-review process

When submitting a paper, a confirmation email is automatically sent back to the author. It contains a unique registration number used as referral in further correspondence.

Initially, the editorial team verifies whether the manuscript complies with editing instructions. If the paper does not meet the necessary requirements, it is rejected and the corresponding author is notified to correct the errors. If all instructions for editing have been followed accordingly, the editor selects two reviewers that will independently evaluate the paper. They have high expertise in the "peer-review" system and are well-known specialists in the field. The reviewers all have academic affiliations. The reviewer's affiliation is usually different from the one of submitting authors.

The editor sends the paper in electronic form to each reviewer with the invitation to evaluate it within 30 days. The reviewers will analyze the paper from several perspectives such as clarity, significance, originality, quality, language and relevance. A scale from 1 to 5 is used, where 5 is excellent and 1 is poor. The reviewers score the paper accordingly and issue a recommendation. There are 4 possible recommendations:

- A. Accept without changes
- B. Accept with minor revision
- C. Accept with major revision
- D. Reject

The editor forwards the reviewer's decision to the corresponding author with a statement that synthesizes the reviewers' point of view. In the case of recommendation C, the authors have to send back the revised version of the manuscript within 15 days after they were notified by the editor. The editor follows the same procedure as the first submission and will receive from the reviewers a second recommendation, either A (approval of the revised version) or B/C

(a new revision is needed). If B, a new submission process will start again within the same timeframes. The reviewers have only two options for their recommendation: A (approval) or D (rejection). Either decision is communicated to the authors immediately. Each 90 days, the Editorial Board holds a meeting and decides the publication order for the approved articles.

Corrections

Scientific fraud is a rare event. However, it has a very serious impact on the integrity of the scientific community. If the Editorial Board uncovers possible evidence of such problems it will first contact the corresponding author in complete confidence to allow adequate clarification of the situation. If the results of such interactions are not satisfactory, the Board will contact the appropriate officials in the institution from which the manuscript originated. It is then left to the institution in question to pursue the matter appropriately. Depending on the circumstances, the Romanian Journal of Psychiatry may also opt to publish errata, corrigenda or retractions.

Manuscript preparation

Romanian authors should send both English and Romanian version of the article, including title, abstract and key words. Foreign authors should send the English version of the article only.

Manuscripts must be prepared in conformity with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" issued by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

Please do not import tables or figures into the text document, but only specify their insertion in text (e.g. Table No 3 insertion). They have to be sent in separate files, named appropriate and descriptive.

Manuscript organization

First page should include the **Article Title** which should be short, specific and descriptive, emphasizing the main point of the article. Try to avoid a 2-part title. Do not number the title as I or Part I. Do not make a declarative statement in the title. Title length, including punctuation and spaces should be, ideally, under 100 characters and must not exceed 150 characters.

Second page should contain:

- a) **Authors.** First name, middle initials and surname of the authors, without any scientific, didactic or military degrees.
- b) **Footnote** that specifies the authors' scientific titles, the name of their workplaces, contact details of the corresponding author (full address, e-mail address). Contact details will be published unless otherwise requested by the author.

Third page:

- a) **Abstracts** should not have more than 300 words. For original articles they should consist of five paragraphs labeled: Introduction, Objectives, Methods, Results and Conclusions.
- b) **Keywords** with a maximum of 6 keywords (minimum 3) according to Index Medicus.
Next pages (for original articles) should be organized in:
 - a) **Introduction** (no more than 25% of the text)
 - b) **Materials and methods** have to be described in enough detail to permit reproduction by other teams. The same product names should be used throughout the text.
 - c) **Results** should be presented concisely. Tables and figures should not duplicate text.
 - d) **Discussions** should set the results in context and set forth the major conclusions of the authors. Information from the Introduction for Results should not be repeated unless necessary for clarity. The discussion should also include a comparison among the obtained results and other studies from the literature, with explanations or hypothesis on the observed differences, comments on the importance of the study and the actual status of the investigated topic, unsolved problems, and questions to be answered in the future.
 - e) In addition to the customary recognition of non-authors who have been helpful to the work described, the **Acknowledgements** section must disclose any conflicts of interests.
 - f) Abbreviations should be preceded by the full term at their first apparition in text. A list of all used abbreviations shall be presented at the end of the article.
 - g) **References** should be inserted and listed according to the Vancouver style.

Address to send the manuscripts is:

REVISTA ROMÂNĂ DE PSIHIATRIE
ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHIATRIE ȘI PSIHOTERAPIE
Editor-in-Chief: Prof. Dr. Cătălina TUDOSE
E-mail: secretariat.arpp@gmail.com

Deputy editor: Senior Lecturer Dr. Valentin MATEI
E-mail: valipmatei@yahoo.com

Web Editor: Viorel Roman
E-mail: aliat@artelecom.net

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

CONTENTS

REVIEW ARTICLES

- Perspectives on Recovery in Psychosis** 133
Marinela Hurmuz, Anca L. Popescu, Cristina A. Bredicean, Aurel Nireștean
- Pharmacological Treatment of Cognitive Impairment in Patients with Major Depressive Disorder – A Review** 138
Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Ana Giurgiuca, Valentin P. Matei

ORIGINAL ARTICLES

- Risk Factors Associated with Alcohol-Related Seizures** 141
Elena A. Mănescu, Aurel P. Nireștean
- Progressive Relaxation with Direct Imaging - An Alternative Method of Therapeutic Approach to Burnout Syndrome** 145
Adina Maris, Septimiu Viodazan, Elena A. Mănescu, Aurel Nireștean
- Dimensional Personological Predisposition in the Medical Professional Choice** 150
Lorena M. Muntean, Aurel P. Nireștean, Emese E. Lukács
- The Effect of Depression on Objective and Subjective Quality of Life in Schizophrenia Diagnosed Patients** 154
Valentin P. Matei, Alexandru N. Pavel, Irina Duțu, Alina E. Roșca

CLINICAL CASE

- Somatic Delusional Disorder in a Patient with Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus** 157
Ana A. Talașman, Claudiu G. Ionescu, Maria M. Manea, Sorin Tuta

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Romanian Journal of Psychiatry and Psychotherapy is recognized in Romanian National Council for Scientific Research in Higher Education, starting with January 2010, at **B+** category *

Romanian Journal of Psychiatry and Psychotherapy is indexed in the international data base **Index Copernicus – Journal Master List**, starting with 2009.

* Doctors subscribed to this journal receive **5 CME credits / year**.

Scientific articles published in the journal are credited with **80 CME credits / article**.

EDITOR-IN-CHIEF: Cătălina TUDOSE

CO-EDITORS: Dragoș MARINESCU
Aurel NIREȘTEAN

ASSOCIATE EDITORS:

Doina COZMAN
Liana DEHELEAN
Marieta GABOŞ GRECU
Maria LADEA
Dan PRELIPCEANU
Cristinel ŞTEFĂNESCU

Executive editor: Valentin MATEI

STEERING COMMITTEE:

Vasile CHIRIȚĂ (Honorary Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Iași)
Michael DAVIDSON (Professor, Sackler School of Medicine Tel Aviv Univ., Mount Sinai School of Medicine, New York)
Virgil ENĂTESCU (Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Satu Mare)
Ioana MICLUȚIA (UMF Cluj-Napoca)
Şerban IONESCU (Paris VIII Universiy, Trois-Rivières University, Quebec)

Mircea LĂZĂRESCU (Honorary Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Timișoara)
Juan E. MEZZICH (Professor of Psychiatry and Director, Division of Psychiatric Epidemiology and International Center for Mental Health, Mount Sinai School of Medicine, New York University)
Teodor T. POSTOLACHE, MD (Director, Mood and Anxiety Program, Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore)

Eliot SOREL (George Washington University, Washington DC)
Maria GRIGOROIU-ŞERBĂNESCU (senior researcher)