

TULBURĂRI PSIHICE LA BOLNAVII CU SCLEROZĂ MULTIPLĂ ȘI INFLUENȚA NOOTROPILULUI ASUPRA LOR

**P. Mihancea, Camelia Dindelegan, Mirela Vintilă, Monica Sabău,
Andrada Oros-Iova**

Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea, Clinica Neurologie 2

REZUMAT

Tulburările psihice la bolnavii cu SM și influența asupra lor a unor medicamente neuroprotectoare, precum nootropilul, sunt puțin studiate. Lucrarea depistează aceste tulburări psihice la 46 bolnavi cu SM din Centrul de Zi SM Oradea și urmărește influența nootropilului asupra anxietății, depresiei, riscului suicidar și deficitului mnezic la acești bolnavi.

Concluzionăm că tulburările psihice în SM sunt frecvente, dar avem în posesie un neuroprotector ca și Piracetamul (Nootropil), care influențează bine depresia, riscul suicidar și tulburările mnezice la acești bolnavi și mai puțin anxietatea.

Cuvinte cheie: tulburări psihice; scleroza multiplă; Nootropil

ABSTRACT

Psychic troubles in patients with multiple sclerosis and the influence of some neuroprotector medication (nootropil) in this troubles are very rare studied. This paper detects this kind of psychic troubles in 46% of patients with MS in The Day Center for MS patients, Oradea, and is following up the influence of nootropil in anxiety, depression, suicide risk and memory deficit in this kind of patients. Our conclusion is that psychic troubles in MS patients are very frequent, but we have a neuroprotector drug, such as piracetam (nootropil) which has a good influence in depression, suicid risk and memory troubles in such a group of patients, but its influence is lower in case of anxiety.

Key words: psychic troubles; multiple sclerosis; Nootropil

INTRODUCERE

Prezența tulburărilor psihice în scleroza multiplă (SM) este menționată încă în descrierea inițială a bolii de către Charcot T.M. (1968), care scria „există o slăbire accentuată a memoriei, concepțiile sunt lente, facultățile intelectuale și afective slăbite în ansamblul lor. Atitudinea dominantă a bolnavilor este un fel de indiferență aproape stupidă față de orice. Se întâmplă destul de des să-i vezi și râzând prostește fără nici un motiv, sau dimpotrivă, izbucnind în lacrimi, la fel de nemotivat“ (1). Este curios faptul că în ciuda numeroaselor lucrări apărute în ultima perioadă, pe această temă, tulburările psihice asociate SM, au fost până în ultimii ani neglijate în practica neurologică, lucru dovedit și de spațiul mic care le este acordat în manualele de neurologie. Motivele care explică această situație sunt: pe de o parte discordanța rezultatelor studiilor ce le-au fost consacrate; discordanța dată de diversitatea metodelor de studiu folosite și de variabilitatea eşantioanelor studiate; pe de altă parte, sentimentul că a pune accentul pe aceste tulburări în absența unei teraputici eficiente nu fac decât să agraveze situația. Totuși, în ultima vreme, sub impulsul dezvoltării psihiatriei biologice, a interesului pentru tulburările psihice asociate cu SM, s-a reușit să se precizeze mai bine importanța lor.

Studiile lui Montreuil M. și colab. (1991) arată că datorită leziunilor din emisferele cerebrale, la bolnavii cu SM sunt prezente tulburări psihice de intensitate ușoară sau moderată, atât de la debut, cât și pe parcursul evoluției bolii(2). Dacă tulburările cognitive par să fie în raport cu leziunile emisferelor cerebrale, patofiziologia dezordinilor afective pare mai complexă și face să intervină pe de o parte leziunile cerebrale, pe de altă parte reacțiile de boală. Efectul acestor tulburări asupra vieții cotidiene a pacienților justifică cercetarea lor sistematică pentru a asigura o mai bună ținere sub observație și îngrijire a pacienților și a familiilor lor.

Odată ce tulburările psihice la bolnavii cu SM sunt depistate, acestea trebuie tratate. La ora actuală există multiple medicamente pentru tratarea acestora, dar majoritatea sunt foarte impulsive, cu multiple efecte secundare. Ne-am gândit să încercăm în tratamentul tulburărilor psihice în SM, un neuroprotector cu efecte secundare scăzute și mai ieftin, precum este piracetamul, în preparatul tipizat Nootropilă.

În acest context ne propunem să studiem tulburările psihice întâlnite la bolnavii cu SM ce frecventează Centrul de Zi pentru SM din Oradea. Dintre tulburările psihice am ales: depresia, tulburările cognitive, riscul suicidar și anxietatea, și influența Nootropilului asupra lor.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul nostru a fost efectuat pe cei 46 de bolnavi cu SM, din Centrul de Zi SM din Oradea. S-a studiat frecvența anxietății, depresiei, riscului suicidar și tulburările cognitive. Au fost testați cei 46 de bolnavi care frecventează centrul. Toți bolnavii au SM mai bine de 5 ani.

Subiecților li s-au dat instrucțiuni pentru completarea cât mai sinceră a bateriei de teste, fără limită de timp impusă (excepție făcând testul de memorie).

S-a utilizat o baterie de teste care cuprinde testele descrise mai jos și anume: scala de anxietate (STAI), scala de depresie Beck, BDI, scala riscului suicidar (chestionarul pentru lipsă de speranță BHS) și testul de memorie (deficit mnezic) Rey.

Scala de anxietate STAI, furnizează o măsură concretă și corectă a exprimării anxietății. Poate fi administrată individual sau în grup, instrumentele de completare fiind tipărite pe foaia de examinare. Administrarea nu necesită o limită de timp. Scala cuprinde 20 de itemi, iar grila de cotare este următoarea: 1 deloc, 2 puțin, 3 destul, 4 foarte mult. Etalonul pentru populația românească este 0-20 – absența anxietății; 20-40 mică; 40-60 medie; 60-80 foarte mare.

Scala de depresie Beck, BDI este un chestionar de autoevaluare. Cuprinde 21 de itemi, fiecare conține 5 afirmații aranjate în ordinea severității. Pacientul este instruit să aleagă afirmația cea mai apropiată de starea lui actuală. Scorurile la BDI variază între 0 și 67, respectiv 0-9 stare normală, 10-15 depresie ușoară, 16-24 depresie moderată, peste 25 depresie severă.

Chestionarul pentru lipsă de speranță BHS sau scala riscului suicidar, măsoară viziunea pacientului despre viitor sau gradul de deznădejde. Un pacient depresiv sau un pacient cu un potențial suicidar poate să își tolereze boala dacă are speranță de viitor. Când își vede viitorul în termeni negativi, viața apare ca inutilă și intolerabilă și pacientul prezintă risc suicidar. Se răspunde cu adevărat sau fals, existând o cheie de cotare. Un scor peste 15 puncte reprezintă un risc suicidar cert. Între 9-14 puncte risc moderat.

Testul de memorie Rey elaborează o metodică de cercetare a particularităților memoriei verbale imediate, care permite o analiză a procesului în desfășurarea lui. Rezultatele obținute cu testul Rey nu se reduc la constatarea reușitei sau nereușitei, ci scot în evidență determinantele psihice, care intervin în nereușită. Testul evidențiază o serie de manifestări simptomatice privind volumul și fidelitatea atât a reproducerilor cât și a recunoașterilor, a comportamentului motor și verbal.

Bateria de teste a fost împărțită în câte un exemplar la fiecare pacient. Li s-a cerut să citească cu atenție

instrucțiunile de la începutul fiecărui test, să le urmeze și să răspundă cât mai sincer la chestionar.

După depistarea tulburărilor psihice, bolnavilor li s-a administrat 1,6 g Nootropil, de două ori pe zi, timp de 2 luni, după care bolnavii au repetat testele psihologice folosite înainte de începerea tratamentului. Menționăm că doi bolnavi nu au putut urma tratamentul din cauza unor efecte secundare ca: greață, dureri epigastrice, reacții cutanate alergice.

REZULTATE

Urmărind rezultatele obținute de pacienți la testul pentru depistarea anxietății observăm că 65,2% nu au tulburări de tip anxios, iar 34,8% suferă de anxietate. Dintre pacienții cu anxietate, 8,7% au un grad moderat al anxietății, iar 26,1% un grad ridicat. După tratament, la testele psihologice s-au obținut următoarele rezultate: 63,7% nu au anxietate, iar 36,3% anxietate de diferite intensități (27,3% moderată și 9,0% ridicată). Se observă o scădere a anxietății ridicate cu 17,1% pe seama creșterii anxietății moderate cu 18,6%, iar absența anxietății este în procent aproape egal cu cel inițial, înainte de administrarea tratamentului cu Nootropil. Deci, Nootropilul nu înlătură definitiv anxietatea, ce doar o moderează ușor (figura 1).

Scala de depresie a depistat că 65,2% din pacienți suferă de depresie, din care 13% cu depresie ușoară, 26,1% cu depresie moderată și 26,1% cu depresie severă. La 34,8% nu s-au depistat semne de depresie. În urma tratamentului cu nootropil, frecvența depresiei este: scade depresia severă de la 26,1% la zero, scade depresia moderată de la 26,1% la 10,0%. Procentul depresiei ușoare crește de la 13% la 40% și absența depresiei de la 34,8% la 50%. Observăm că depresia severă dispăre de la cei 26% bolnavi, cea moderată scade cu 16,1%, aceasta pe seama creșterii cazurilor fără depresie cu 15,2% și a creșterii cazurilor depresiei ușoare cu 27%. Influența nootropilului asupra depresiei este semnificativ pozitivă (figura 2).

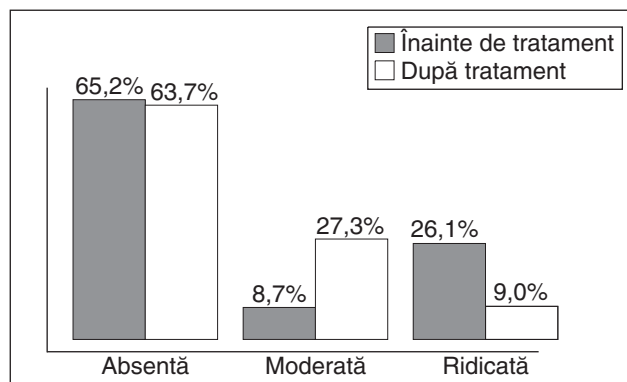


Figura 1
Distribuția cazurilor în funcție de anxietate

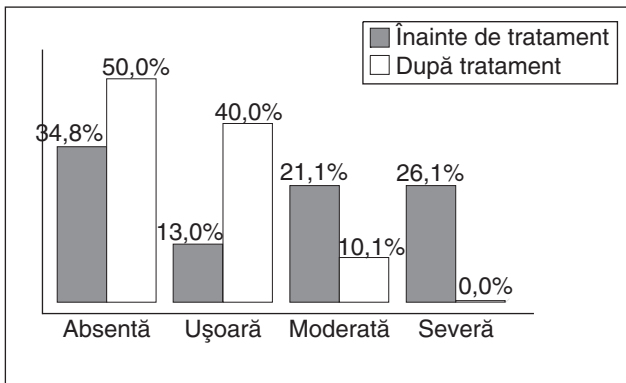


Figura 2
Distribuția cazurilor în funcție de depresie

În ceea ce privește riscul suicidar la 60,9% din bolnavii noștri, după cum urmează: 13% în grad ușor; 39,1% mediu și 8,8% sever. Pacienții fără risc suicidar sunt în proporție de 39,1%. Asupra riscului suicidar nootropilul are o influență foarte bună. Riscul suicidar sever dispare de la cei 8,8% bolnavi, cel mediu scade de la 39,1% la 13,7% (cu un procent de 25,4), toate acestea pe seama creșterii riscului ușor de la 13,0% la 36,3% (cu 23,3 procente) și a creșterii procentului de bolnavi cu risc suicidar nul cu 10,9% (de la 39,1% la 50%) (figura 3).

Deficit mnezic (cognitiv) prezintă 91,3% din bolnavii noștri, după cum urmează: ușor 34,8%; mediu 30,5%; crescut 13% și sever 13%. Doar 8,7% din bolnavi nu au tulburări cognitive. Despre influența nootropilului asupra tulburărilor cognitive la bolnavii cu SM, putem spune că aceasta este foarte bună. În urma tratamentului, deficitul mnezic sever dispare de la cei 13% bolnavi, cel crescut scade de la 13% la 4,5% (cu 8,5%), cel mediu scade de la 30,5% la 18,1% (cu 12,4%). Aceste scăderi se fac pe seama creșterii procentului de bolnavi fără tulburări cognitive de la 8,7% la 22,9% (14,7 procente) și a creșterii de la 34,8% la 54,5% (cu 19,7 procente) a bolnavilor cu deficit mnezic ușor (figura 4).

DISCUȚII

Din analiza datelor obținute observăm că tulburările cognitive sunt cele mai frecvente tulburări psihice întâlnite la bolnavii cu SM. Urmează depresia 65,2%, riscul suicidar 60,9% și anxietatea 34,8%.

Tulburările psihice sunt frecvente și variate atât la debut, cât mai ales de-a lungul perioadei de evoluție a SM (3). Tulburările nevrotice au fost semnalate ca simptome de debut al SM (debut neurastenic sau isteroid) (2).

Tulburările cognitive pot fi depistate, printr-un examen psihologic complet, la aproximativ 60-80% din pacienții cu SM. Intensitatea lor nu poate fi corelată cu severitatea handicapului neurologic nici

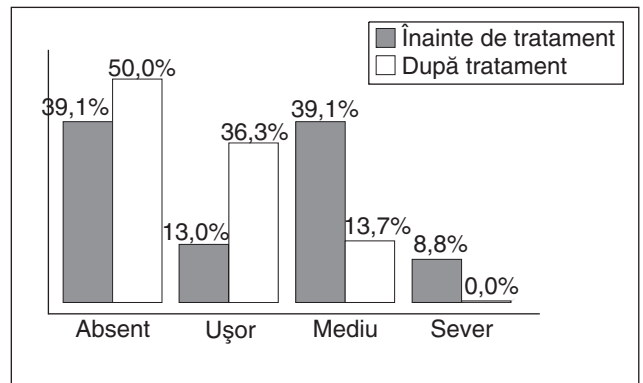


Figura 3
Distribuția cazurilor în funcție de riscul suicidar

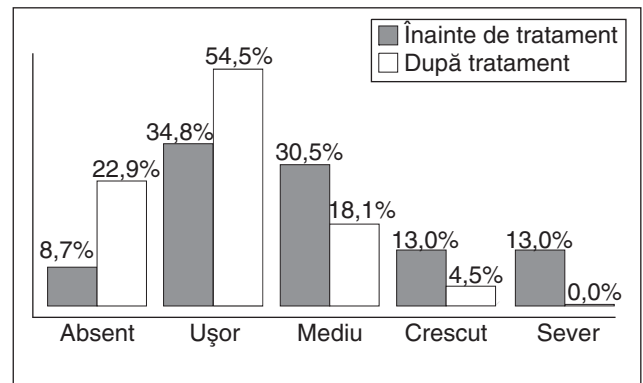


Figura 4
Distribuția cazurilor în funcție de tulburările cognitive

cu durata bolii, deși există o tendință de accentuare a lor în cazul evoluției bolii. Aceste tulburări sunt consecința lezării corpului calos (4).

În studiul nostru nu a existat nici un bolnav fără o formă sau alta a tulburărilor psihice investigate. Aceasta credem că datorită faptului că toți bolnavii sunt diagnosticați cu SM de peste cel puțin 5 ani.

Existența unor deficite cognitive în SM a fost multă vreme controversată. Estimarea frecvențelor varia astfel de la 2% la 72%. Aceste divergențe se datorau unor probleme metodologice legate de instrumentele folosite pentru a le scoate în evidență, de eșantionul studiat și de grupul de control. Totuși, frecvența tulburărilor cognitive a fost evaluată în mod convergent, în mai multe lucrări (5), în jur de 55-60% din cazuri.

Deficitul intelectual evident la examenul clinic este mai rar întâlnit în SM. El este estimat la 3% din cazuri. Această cifră este apropiată de rezultatele a două studii (5, 6). În primul studiu (6), utilizând un eșantion clinic standardizat au apărut scoruri deficitare (sub 24) în 5% din cazuri, iar în al doilea (5) în 10% din cazuri. În realitate, cam jumătate din pacienții atinși de SM, considerați ca fiind normali din punct de vedere intelectual de către neurologi ar prezenta un deficit intelectual moderat, obiectivabil prin testele psihometrice.

Cea mai mare parte a studiilor nu au găsit o corelație între tulburările intelectuale și durata bolii, deși

deficitelor cognitive se agravează cu evoluția bolii. Se știe că tulburările intelectuale puteau fi simptomele inaugurale în SM, dar acest fapt era considerat ca excepțional. Lucrările mai recente au evidențiat precocitatea tulburărilor intelectuale. Astfel, ele erau prezente la pacienții a căror boală evolua de mai puțin de 2 ani și chiar la pacienții ce nu prezentau decât o nevrită optică, într-o proporție analogă celei observate la pacienții purtători a unor SM, forme diseminate (7). Totuși, ele erau mai puțin importante la subiecții ce prezentau o atingere neurologică izolată decât la cei care erau atinși de o SM diseminată. Nici o corelație nu a putut fi observată între atingerea intelectuală și gradul handicapului neurologic, vârstă, sex sau nivel cultural. În schimb se poate stabili o corelație între intensitatea deficitelor psihice și volumul ventriculilor cerebrali vizualizați prin scanner, atrofia corpului calos, prin RMN și de asemenea cu scăderea metabolismului cerebral măsurat prin tomograf computerizat cu emisie de pozitroni. Anumiți autori (8) au sugerat că deficitelor intelectuale ar putea fi în raport, fie cu prezența unor plăci latente neurologice, fie cu o perturbare a activităților regiunilor frontale, legate de localizarea preferențială a plăcilor în regiunile periventriculare, apropiindu-se astfel de conceptul de demență subcorticală. S-a subliniat de asemenea, existența unei încetiniri a procesului de informație, care ar putea fi la originea deficitelor observate (8).

Tulburările de memorie la bolnavii cu SM sunt fără îndoială cele mai frecvente și cele mai studiate. Aproximativ 60-80% din bolnavii cu SM au tulburări mnezice. Bolnavii cu SM prezintă un coeficient mnezic inferior cu 10 puncte, în raport cu populația-control potrivit scării de memorie a lui Wechsler. Diferite studii au evidențiat o diminuare a capacității de învățare a unui material verbal sau non-verbal, care ar fi legată de o dificultate de încifrare semantică sau de perturbare a memoriei de lucru și un deficit al memorizării de durată, în timp ce memoria imediată pare păstrată. În formele progresive de SM au fost observate alterări ale capacităților de recunoaștere.

Tulburările de memorie nu par mai clar corelate cu severitatea handicapului neurologic măsurat cu scala Kurtzke, nici cu durata bolii, deși unele studii au subliniat accentuarea lor în cursul evoluției bolii. Studiile de grup maschează eterogenitatea populației. S-au distins trei grupe de pacienți: unii prezentau performanțe mnezice normale, ceilalți aveau tulburări mnezice moderate, adesea asociate cu o depresie, ultimii prezentau tulburări de memorie accentuată, care erau cu tulburări ale funcției cognitive, într-un tablou de deteriorare intelectuală globală. Aceste trei grupe nu se deosebeau în funcție de durata sau severitatea bolii. Aceste date au fost confirmate într-un studiu

efectuat la pacienții cu distanță între pusee (9). Studiul tulburărilor cognitive a fost până în prezent axat pe tulburările intelectuale și de memorie. Despre performanțele vizio-spațiale sau lingvistice există date puține sau deloc. Studiile care explorează procesele atenționale întâmpină dificultăți importante: o alterare a performanțelor, atenționale vizuale și auditive a fost totuși considerată ca o dată majoră în înțelegerea tulburărilor cognitive. O tulburare a organizării dinamice gestuale a fost de asemenea evidențiată, întărind ipoteza existenței unei disfuncții a regiunii frontale, aflată la originea tulburărilor cognitive.

Depresia este descrisă ca simptom întâlnit în SM, în lucrări mai recente. Studiul ei ridică probleme metodologice deosebit de delicate, care privesc validitatea definițiilor depresiei și instrumentele folosite pentru a măsura simptomatologia depresivă la pacienții purtători de leziuni organice cerebrale, a căror semiologie o copiază parțial pe aceea a depresiilor primare. Frecvența depresiei variază astfel de la 6%, până la 54% la bolnavii cu SM. Existența unei depresii, definită prin criteriile DSM III a fost observată la 38% din pacienții a căror boală evoluează de mai puțin de 2 ani și 17% din pacienții a căror boală era mai veche de doi ani (10). Severitatea simptomatologiei depresiei, măsurată cu scala lui Hamilton, era de asemenea mai accentuată la pacienții a căror boală era mai recentă. Depresia este de obicei moderată, pacientul fiind iritabil, descurajat, neliniștit, agitat.

Închiderea în sine, sentimentul de vinovăție, dezinteresul, sunt mai rare.

Au fost propuse mai multe ipoteze pentru a explica depresia asociată SM. Ipoteza unei coincidențe se lovește de o mai mare frecvență a depresiei la acești pacienți, decât la populația generală și de absența predispozițiilor familiale. Se menționează totuși o frecvență anormal ridicată de psihoză bipolară la pacienții cu SM (6). Ipoteza cea mai veche consideră depresia din SM ca o reacție psihologică la boală. Mai recent mai multe cercetări invocă originea endogenă a depresiei, fiind legată de leziunile cerebrale din SM. În favoarea acestei teorii pledează următoarele:

1. Frecvența depresiei este mai mare la bolnavii ce prezintă leziuni ale sistemului nervos central decât la populația generală sau la bolnavii al căror handicap nu este în raport cu leziuni ale sistemului nervos central (afecțiuni neuromusculare sau spinale), dar trebuie notat că aceste afecțiuni nu au caracterul brutal și imprevizibil al puseelor din SM și că imaginea acestor boli este diferită de cea a SM, în anturajul bolnavilor. Depresia este de asemenea rară în formele spinale pure ale SM.
2. Depresia poate preceda apariția manifestărilor clinice neurologice.

3. Apariția depresiei nu este corelată cu durata bolii, nici cu severitatea handicapului neurologic; dar ea ar fi mai frecventă la începutul evoluției bolii (10).
4. Simptomatologia depresivă este mai accentuată în timpul puseelor bolii decât în perioadele de atenuare, dar acest argument este ambiguu, căci accentuarea acestei simptomatologii poate rezulta prin descurajare și spaimă.

Riscul suicidar a fost mai puțin studiat la bolnavii cu SM. Un studiu din 1989 citează riscul suicidar la bolnavii cu SM în procent de 2-3% (6). Un alt studiu mai recent arată cu sinuciderea este de 7,5 ori mai frecventă la bolnavii cu SM decât la indivizi sănătoși de aceeași vârstă (11).

În ceea ce privește anxietatea, datele din literatură sunt mai sărace. Un singur studiu (12) arată că 70-80% din subiecți prezentând o SM trăiseră în anul care precedă apariția bolii, de 2 ori mai multe evenimente purtătoare de o puternică anxietate, decât subiecții de control. Ni se pare interesant de remarcat publicarea a patru pacienți vârstnici (peste 60 de ani), care s-au prezentat la serviciile medicale psihiatrice pentru alterarea memoriei și debutul unui sindrom demențial, care după investigațiile paraclinice li s-a evidențiat o suferință inflamatorie a sistemului nervos central încadrabilă în diagnosticul de SM (13). La unul dintre bolnavi, după tulburările cognitive de debut au apărut și tulburări de mers caracteristice SM.

Autorii subliniază că este neobișnuit ca SM să debuteze cu tulburări psihice și la peste 60 de ani, dar se pare că acest lucru este posibil, chiar dacă este greu de recunoscut. În activitatea noastră și noi am avut 2 cazuri de SM cu simptome de debut, predominant psihice, care ulterior cu ajutorul RMN

au fost confirmate, dar pacienții aveau o vârstă mai mică decât 50 de ani.

În ceea ce privește tratamentul tulburărilor psihice cu nootropil la bolnavii cu SM, nu am găsit în literatură date de comparație. Lucrarea noastră este un început în acest domeniu.

CONCLUZII

1. Deficitul mnezic este tulburarea psihică cea mai frecvent întâlnită la bolnavii noștri (91,3%).
2. Scala de depresie a depistat că 65,2% din lotul nostru de bolnavi cu SM suferă de depresie.
3. Riscul suicidar l-am găsit a fi în studiul nostru de 60,9%.
4. Cea mai puțin frecventă tulburare psihică întâlnită de noi este anxietatea (34,2%).
5. Toate tulburările psihice depistate la bolnavii cu SM din Centrul de Zi SM Oradea sunt în procente mai ridicate decât datele din literatura de specialitate. Aceasta din cauză că lotul nostru de bolnavi este alcătuit din bolnavi cu o vechime a bolii de peste 5-10 ani, știindu-se că odată cu evoluția în timp a SM, tulburările psihice sunt mai frecvente.
6. În literatura de specialitate sunt citate cazuri de SM cu debut peste 60 de ani, unde simptomatologia clinică a fost predominantă psihiatrică (sindrom demențial). În activitatea noastră clinică am avut și noi 2 cazuri de SM cu debut psihiatric, dar la o vârstă tânără.
7. Nootropilul în doză de 1,6g/zi are o influență foarte bună asupra depresiei la bolnavii cu SM, foarte bună asupra riscului suicidar și a tulburărilor cognitive și mai puțin bună asupra anxietății.

BIBLIOGRAFIE

1. Charcot JM – Des scléroses de la moelle épinière, 1868, 41, 554-566
2. Montreuil M, Derouesné Ch – Disorders of intellect and mood in multiple sclerosis. *Rev Prat*, 1991, 41, 1913-1918.
3. Pascu I, Bălașa Rodica – Scleroza multiplă, 1999, 58.
4. Beatt Y – Cognitive and emotional disturbances in multiple sclerosis. *Behav Neurol*, 1993
5. Truelle JL et al – Troubles intellectuels et thymiques dans la sclérose en plaques. *Rev Neurol*, 1987, 143, 595-601.
6. Rabins PV et al – Structural brain correlates of emotional disorders in multiple sclerosis. *Brain*, 1986, 109, 585-597.
7. Lyon Caen O et al – Cognitive function in recent onset demyelina – Fing diseases. *Arch Neurol*, 1986, 43, 1138-1141.
8. Litvan I et al – Slowed information processing in multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 1988, 45, 281-285.
9. Jennekens-Schinkel A et al – Memory and learning in outpatients with quiescent multiple sclerosis. *J Neurol Sci*, 1990, 95, 311-325.
10. Jouvent R, Monireuil M, Benott N et al – Cognitive impairment, emotional disturbances and duration of multiple sclerosis. *London J Libbey*, 1989, 139-145.
11. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N et al – Suicide and multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1992, 55: 542-545.
12. Grant J et al – Life event and multiple sclerosis, London, Guilford Press, 1988.
13. Leyne T et al – Dementia as primary symptom in late onset multiple sclerosis. *Nerenaryt*, 2004, Dec. 1: 13-16.