

# CONSIDERAȚII ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU DUBLU DIAGNOSTIC DE TULBURARE DEPRESIVĂ ȘI DEPENDENȚĂ DE ALCOOL

*Considerations on the quality of life in patients with dual diagnosis of depressive disorder and alcohol dependence*

Dr. Diana Patriche<sup>1</sup>, Dr. Octavian Vasiliu<sup>2</sup>, Dr. Irina Filip<sup>3</sup>, Psih. Carmen Tănase<sup>1</sup>, Dr. Amir Radfar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SCM Polimed APACA, București

<sup>2</sup>Spitalul Militar Central „Carol Davila“, București

<sup>3</sup>Kaiser Permanente, California, SUA

<sup>4</sup>A.T. Still University, Mesa, Arizona, SUA

## REZUMAT

Calitatea vieții se referă la percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile necesități, standarde și aspirații (OMS). Pacienții cu depresie și alcoolism sunt asociați cu scoruri scăzute la testele de evaluare a calității vieții. Evaluarea calității vieții este utilă pentru planificarea și evaluarea rezultatelor tratamentului medical și psihologic.

**Cuvinte cheie:** calitatea vieții, depresie, alcoolism

## ABSTRACT

Quality of life is defined as the individual's perception of his social, cultural value systems in the context in which one lives and in correlation with his needs, aspirations and standards (WHO, 1994). Patients with depression and alcoholism are associated with low scores on tests assessing quality of life. Quality of life assessment is useful for planning and evaluation of medical and psychological treatment outcomes.

**Keywords:** quality of life, depression, alcoholism

Motto:

„Fericirea este, cel mai probabil, țelul suprem al existenței umane.“

Pelin Kesebir, Ed Diener, 2008

În literatura de specialitate, calitatea vieții a avut diferite formulări, fiind asociată cu starea subiectivă de bine, fericire sau satisfacție față de viață. Măsurători ale calității vieții sunt tot mai des întâlnite în medicină, având rolul de a identifica nevoile de sănătate a celor suferind de diferite afecțiuni, a observa eficiența serviciilor medicale și a vedea în ce măsură aceste servicii duc la o creștere a nivelului de mulțumire a pacienților, cum aceștia simt/percep

aceste servicii. Aceste măsurători sunt utile în evaluarea calității tratamentului administrat și în elaborarea analizelor cost-beneficiu. (1)

## TEORII ȘI DEFINIȚII ALE CALITĂȚII VIEȚII

Din punct de vedere istoric, au existat abordări diferite ale conceptului de calitate a vieții, unii autori punând accent pe o abordare afectivă, alții pe una cognitivă. În studii mai recente, cele două abordări au fost combinate. Teoriile ce susțin punctul de vedere **afectiv** se referă la evaluarea individuală a stărilor afective pozitive (bucuria, mulțumirea sau plăcerea) în comparație cu stările negative (supă-

Adresa de corespondență:

Dr. Diana Patriche, SCM Polimed APACA, Str. Dezrobirii nr. 13, sector 6, București

E-mail: dsilvean@yahoo.com

rarea depresia, anxietatea sau furia) (Andrews și Robinson, 1991). Erik Angner (2010) susținea că bunăstarea depinde de stări mentale dorite. (2)

Definițiile **cognitive** analizează fericirea în termeni raționali, apreciind dacă nevoile, obiectivele și așteptările personale au fost sau nu împlinite (Campbell et al., 1976). Astfel, satisfacția cu viața este invers proporțională cu diferența dintre situația actuală a unei persoane și nivelul standard pe care aceasta îl consideră adecvat (Diener, 1985). Unii autori definesc starea subiectivă de bine atât în termeni **cognitivi**, cât și în termeni **afectivi** (Diener, 1984; Andrews și Withey, 1976). De exemplu, Veenhoven (1984) definește fericirea ca funcție a măsurii în care persoana experimentează stări pozitive și percepe că aspirațiile sale au fost atinse. Astfel, în accepțiunea lui Michael Frisch, calitatea vieții se referă la evaluarea subiectivă a măsurii în care sunt împlinite cele mai importante nevoi, obiective și dorințe personale. Prin urmare, decalajul între ceea ce are o persoană și ceea ce își dorește în ariile reprezentative ale vieții, determină gradul de satisfacție/insatisfacție cu viața (Frisch et al., 1992).

Revicki și Kaplan (1993) definesc calitatea vieții ca „o gamă largă de experiențe umane legate de bunăstarea generală”. Aceasta implică o valoare bazată pe funcționarea subiectivă în comparație cu așteptările personale și este definită prin experiențe subiective, stări și percepții. Calitatea vieții, prin natura ei, este „idiosincronică individului, dar intuitiv semnificativă și ușor de înțeles pentru cei mai mulți”. (3)

*Definiția dată de Organizația Mondială a Sănătății în anul 1998 este următoarea:* „Calitatea vieții se referă la percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile necesități, standarde și aspirații”. (4)

Abraham Maslow, într-o lucrare din 1970, revizuiind faimoasa sa piramidă a nevoilor umane, a menționat că motivațiile umane sunt determinate de anumite nevoi nesatisfăcute; nevoile situate pe treptele inferioare ale piramidei trebuie satisfăcute înainte de a se putea ajunge la cele superioare. Nevoile primare includ necesitățile fiziologice (hrana, apa, aerul, igiena), somnul, sexul și o temperatură relativ constantă a corpului. Următoarea treaptă este dată de nevoia de siguranță, apoi de nevoia de iubire și apartenență. La nivelul patru sunt nevoile de stimă/recunoașterea. Nevoile de autoactualizare, a spus Maslow, vin din plăcerea instinctivă a omului de a fructifica la maximum capacitățile proprii, devenind conștienți nu doar de potențialul lor

personal, ci și de întreg potențialul speciei umane. (5)

## INSTRUMENTE PENTRU EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII

Există diverse scale de evaluare a calității vieții:

1. **The Quality of Life Scale (QOLS)** creată inițial de psihologul american John Flanagan în anii 1970, a fost utilizată pentru pacienții cu boli cronice.
2. **MOS-SF 36-Medical outcome Study Short-Form** (Studiul rezultatului activităților medicale, forma scurtă cu 36 de itemi)
3. **SIP – Sickness Impact Profile** (profilul impactului bolii asupra sănătății)
4. **Duke Health Profile – Profilul de sănătate Duke**
5. **WHOQOL-100** – World Health Organisation Quality of Life (Chestionarul OMS pentru evaluarea calității vieții) cu 100 de itemi
6. **Nottingham Health Profile – Profilul de sănătate Nottingham**
7. **SCL-90 – R-Symptom Checklist Revised** (Inventarul simptomelor revizuit), cu 90 de itemi
8. **TESTUL QOLI – (Quality of Life Inventory)** (Lehman, 1983) este un test de evaluare a calității vieții care a fost recent adaptat pentru populația României. Acesta evaluează rezultatele intervențiilor care vizează ameliorarea simptomatologiei psihice și somatice, precum și rezolvarea problemelor sociale cu o mai bună integrare în societate, respectiv prin tratament și psihoterapie.

Validarea clinică a calității vieții reprezintă o măsură a satisfacției personale pentru utilizare în planificarea tratamentului și evaluarea rezultatului.

## RELAȚIA DINTRE DEPRESIE ȘI DEPENDENȚA DE ALCOOL

Pacienții întâlniți în practica clinică suferă de obicei de mai multe afecțiuni, de aceea evaluarea lor este utilă în alegerea strategiilor terapeutice, astfel încât acestea să fie adaptate pentru tulburările comorbide. Numeroase studii clinice și epidemiologice confirmă asocierea frecventă a tulburărilor depresive și a consumului abuziv de băuturi alcoolice. De asemenea, se consideră că depresia și anxietatea reprezintă principalele comorbidități psihice ale alcoolismului.

**Studiul NESARC** (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), 2001-2002, subliniază faptul că, în cazul dependenței de

alcool, prevalența pentru o tulburare depresivă majoră independentă a fost de 20,5%. Acești pacienți cu dependență de etanol au un risc de 3,7 ori mai mare de a dezvolta o tulburare depresivă față de pacienții fără dependență de alcool. Dintre cei cu abuz/dependență de etanol care au căutat tratament de specialitate, 40,7% au avut cel puțin o tulburare dispozițională prezentă. (6,7)

Până la două treimi dintre pacienții cu dependență de alcool sunt susceptibili de a avea un alt diagnostic de tulburare psihică. Tulburarea dispozițională anxios-depresivă și tulburarea de personalitate antisocială par a fi cele mai comune comorbidități ale dependenței de alcool. (8)

Este dificil de precizat dacă consumul de alcool determină apariția tulburării depresive sau dacă depresia precede consumul exagerat de alcool (folosit ca o formă de automedicație) sau dacă sunt două afecțiuni independente. Dependența de alcool prelungește cursul depresiei, iar depresia persistentă în timpul abstinentei de la alcool este un factor de risc pentru reluarea consumului exagerat de alcool. (9-12)

### STUDII PRIVIND CALITATEA VIEȚII ÎN COMORBIDITATEA ALCOOLISMULUI ȘI A DEPRESIEI

36 de studii publicate între 1993 și 2004, în care s-a evaluat calitatea vieții la pacienții cu consum problematic de alcool, arată că alcoolicii prezintă o calitate a vieții mai redusă comparativ cu populația generală sau cu alte condiții medicale cronice. Factorii corelați cu aceste răspunsuri sunt sociodemografici și caracteristici ale persoanelor – vârstă, sex, educație, comorbidități psihiatrice. Calitatea vieții este îmbunătățită prin tratament atât pe perioade scurte, cât și lungi de abținere, dar nu atinge nivelul grupului de control. (13)

Într-un studiu realizat în Germania în 1999 pe 556 de pacienți din 25 de centre de tratament pentru abuzul de alcool, s-a constatat că, dintre pacienții cu comorbiditate, tulburările afective și de anxietate au fost cele mai frecvente. (14)

Aproape 80% dintre alcoolicii prezintă și simptome anxioase și depresive, jumătate dintre ei întrunind criteriile de depresie sau tulburare anxioasă indusă de alcool, care se remit în 2-4 săptămâni de abținere sau pot necesita tratament de specialitate. (Preliceanu, 2011). (15)

Rezultatele unor studii au demonstrat că medicamentele antidepressiv pot reduce simptomele depresive atât la persoanele care suferă de depresie majoră, cât și la dependenții de alcool. (16)

De multe ori, în practica clinică, cele două afecțiuni sunt tratate simultan, nemaiașteptând perioada de abținere pentru eventuala dispariție a simptomatologiei depresive determinate de consumul de alcool. (17) În ultimele decenii, din rezultatele studiilor placebo-controlate, a reieșit utilitatea antidepressivelor triciclice și mai ales a SSRI-urilor în tratamentul alcoolizilor depresivi. SSRI-urile sunt utilizate ca tratament de primă linie, beneficiind de o tolerabilitate și siguranță superioară în administrare. Un studiu dublu-orb, placebo controlat, care a evaluat eficacitatea sertralinei în obținerea abținentei și în ameliorarea simptomelor depresive a relevat că o îmbunătățire semnificativă a scorului de depresie s-a înregistrat la pacienții diagnosticați cu depresie moderată și severă. Calitatea vieții (evaluată cu SF-36) s-a îmbunătățit de asemenea, cu rezultate mai bune în cazul grupului cărui a fost administrată sertralina. (18)

Un alt studiu a arătat că, printre pacienții cu dependență de alcool, o îmbunătățire rapidă a dimensiunii mentale a calității vieții a fost observată după inițierea tratamentului, care a fost menținută pe perioada a 24 de luni, cât a durat studiul. (19)

Un studiu efectuat pe pacienți de genul feminin arată importanța schimbării stării depresive în predicția variației consumului de alcool. (20) Comorbiditatea anxietății și a tulburărilor afective la pacientele cu dependență de alcool a influențat cursul și severitatea alcoolismului. (14)

În cadrul unui studiu multicentric din Germania, efectuat pe durata a 7 ani, pacienții în cazul cărora s-a raportat abținere sau reducerea consumului de alcool au avut o calitate a vieții mai mare față de cei care nu au redus consumul de alcool. Pacienții care au beneficiat de servicii medicale adiționale pe perioada studiului și cei care au experimentat evenimente de viață cu nivel ridicat de stres au avut indici ai calității vieții mai scăzuți. Îmbunătățirea comportamentului adictiv duce la creșterea calității vieții. (21)

### PSIHOTERAPIA

În depresia alcoolizilor, psihoterapia este la fel de utilă ca și în celelalte forme depresive și de alcoolism. În acest context, sunt utilizate mai frecvent următoarele tipuri:

- psihoterapii având ca obiectiv principal sprijinirea pacienților în menținerea abținentei (psihoterapia de grup de tipul alcoolizilor anonimi);
- psihoterapii axate pe tratamentul depresiei: restaurarea imaginii de sine, restructurarea și

corectarea cognitiilor depresive (psihoterapie cognitiv-comportamentală).

Psihoterapia individuală sau de grup instituită postcură de dezintoxicare se adresează cauzelor psihologice legate de dependența de alcool. Scopul pe termen lung al psihoterapiei în acest caz este profilaxia recăderilor și, implicit, îmbunătățirea calității vieții.

Cadrul general al psihoterapiei individuale, cu accent pe tratarea depresiei, are în vedere aspecte precum:

- Crearea unui mediu sigur în care persoana să își poată discuta problemele
- Explorarea experiențelor trecute, rezistența la destăinuire fiind foarte mare
- Promovarea împărtășirii și eliberării de experiențele emoționale negative care pot afecta stima de sine
- Învățarea unor abilități de coping pentru a se descurca cu problemele și simptomele specifice
- Modificarea pattern-urilor cognitive disfuncționale, de tipul evaluării globale negative. (23)

Importanța terapiei de grup provine în primul rând din mișcarea de autoajutorare, bolnavii fiind selecționați după anumite tulburări emoționale apropiate își împărtășesc experiențele comune. Microgrupul exercită o acțiune de modelare, având ca scop modificarea constructivă a personalității.

Grupul reduce din responsabilitatea terapeutului pentru schimbările ce urmează să aibă loc și stimu-

lează capacitatea de autovindecare a membrilor acestuia. Un alt motiv pentru creșterea ponderii terapiei de grup îl constituie tendința de negare a problematicei. Aceasta poate fi diminuată de prezența altor persoane afectate de aceleași griji. Două dintre indicațiile speciale ale terapiei de grup sunt pentru pacienții care sunt reticenți față de metoda individuală și pentru cei cu măsuri de apărare exagerate. (22)

Diferite studii arată că cele mai mari șanse de succes terapeutic le au pacienții care s-au hotărât să facă o terapie individuală pe termen lung, după care se alătură unui grup de întraajutorare. 70,5% dintre pacienții care au frecventat un grup postcură rămân abstenenți, față de numai 45,5% dintre cei care n-au contactat un asemenea grup. Cea mai mare îmbunătățire o au pacienții integrați familial și profesional, cu media vârstei de 40 de ani. (23)

## CONCLUZII

Pacienții cu depresie și alcoolism sunt asociați cu scoruri scăzute la testele de evaluare a calității vieții. Evaluarea calității vieții este utilă pentru planificarea și evaluarea rezultatelor tratamentului medical și psihologic. Tratarea depresiei și dependenței de alcool într-un cadru psihoterapeutic integrativ asigură șanse semnificative pentru:

- îmbunătățirea calității vieții pacienților;
- prevenirea recăderilor;
- diminuarea riscului suicidar.

## BIBLIOGRAFIE

1. Gibson B.A., Robinson P.G. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001; 322:1240-1243
2. Angner E. *The Journal of Socio-Economics* 2010, Vol. 39, nr. 3, 361-368
3. Revicki D.A., Osoba D., Fairclough D., Barofsky I., Berzon R., Leidy N.K., Rothman M. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res* 2000, 9:887-900
4. Fontinelle A. <http://www.investopedia.com/articles/financial-theory/08/standard-of-living-quality-of-life.asp> Standard Of Living Vs. Quality Of Life By, September 24, 2008 Accessed September 17, 2015
5. Maslow A. *The Farther Reaches of Human Nature*, 1962
6. Pettinati H.M., Dundon W.D. Comorbid Depression and Alcohol Dependence, 9 June 2011, <http://www.psychiatrytimes.com/major-depressive-disorder/comorbid-depression-and-alcohol-dependence#sthash.ns2P9iBb.dpuf>. Accessed September 18 2015
7. NESARC. Comorbidity Between DSM-IV Alcohol and Specific Drug Use Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh29-2/74-78.htm>. Accessed September 15 2015
8. Davidson M., Bruce Ritson E. The Relationship Between Alcohol Dependence And Depression. doi: <http://dx.doi.org/147-155> First published online: 1 March 1993. Accessed September 15, 2015
9. Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:313-321
10. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264:2511-2518
11. Gilman S.E., Abraham H.D. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 63:277-286
12. Grant B.F., Harford T.C. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend*. 1995; 39:197-206
13. Papakostas G.I., Petersen T. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jan-Feb; 26(1):13-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14757297>. Accessed September 15, 2015

14. **Schneider U., Altmann A.** Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany, *Alcohol* 2001 May-Jun; 36(3):219-23
15. **Prelipceanu D.**, Psihiatrie clinică, Ed. Medicală 2011, 254-255
16. **Pettinati H.M., Dundon W.D.** Comorbid Depression and Alcohol Dependence, *Psychiatric Times*, June 09, 2011 <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/comorbid-depression-and-alcohol-dependence>. Accessed September 10, 2015
17. **Greenfield S.F., Weiss R.D., Muenz L.R., et al.** The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:259-265
18. **Gual A., Balcells M., Torres M., et al.** Sertraline For The Prevention Of Relapse In Detoxicated Alcohol Dependent Patients With A Comorbid Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial, *Oxford University Press Journal*, Volume 38, Issue 6, pp. 619-625
19. **Daeppen J.B., Faouzi M., Sanchez N. et al.**, Quality of Life Depends on The Drinking Pattern in Alcohol-dependent Patients. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agu027> 457-465 First published online: 26 May 2014. Accessed September 17, 2015
20. **Gjestad R., Franck J., Knut A. et al.**, Level And Change in Alcohol Consumption, Depression and Dysfunctional Attitudes Among Females Treated for Alcohol Addiction. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 46, no. 3, pp. 292-300, 2011. <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/46/3/292.full-text.pdf>
21. **Frischknecht U., Sabo T., Mann K.** Improved Drinking Behaviour Improves Quality of Life: A Follow-Up in Alcohol-Dependent Subjects 7 Years After Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 48, No. 5, pp. 579-584, 2013. <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/48/5/579.full.pdf>
22. **Romila A.**, Psihiatrie, ed. a 2-a, APLR, pp. 487-493, 524-530
23. <http://www.psihoterapia.eu/psihoterapia-adultului/alcoolismul-dependenta-de-alcool/>, Accessed September 17, 2015