

NARCOANALIZA ȘI NARCOTERAPIA CA METODE DE INVESTIGARE ȘI TRATAMENT

Gh. Grecu

Marele progres al farmacopsihoterapiei constituie un eveniment însemnat care a modificat și a adus o notă optimistă în practica psihiatrică. În schimb pentru a putea trece la aplicarea diferitelor tehnici și metode terapeutice — într-un ansamblu biofarmacologic asupra bolnavului — mai întâi de toate este nevoie de stabilirea unui diagnostic precis, de cunoașterea mecanismului etio-patogenetic, ceea ce se obține prin observarea și examinarea complexă somato-psihică, investigarea atentă a pacientului și a relațiilor lui atât familiale cât și sociale.

Însă de multe ori sîntem puși în fața unor bolnavi psihici cu stări de inhibiție catatonică, depresivi, sau a altora hiperestezici care din diferite motive nu-și mărturisesc acuzele sau conflictele pentru care se găsesc în clinică.

În alte cazuri, mai ales la depresivi, este bine ca ameliorarea după terapia cu antidepressive, să o apreciem după dezinhibarea amitalică — care ne va demonstra sfîrșitul fiziologic al bolii sau numai a disimulare.

La baza interpretărilor noastre trebuie să stea fenomenologia clinică și modificările psihopatologice care trebuie observate de la internare pînă la externare, atît fără cit și sub acțiunea agenților terapeutici, iar unde este necesar, folosirea substanțelor stimulative și dezinhibante pentru cunoașterea cît mai precisă a sănătății bolnavului nostru. În acest fel terapia devine mai personală (individualizată), umană și eficientă.

De fapt importanța stimulării, pentru punerea în evidență a fenomenelor psihice disimulate de bolnavi, a fost dovedită de *Engelmeyer* și *K. Heinrich*, care acordă o mare atenție narco-analizei. *A. N. Timofeeva* și *L. A. Lipskaia* susțin că „dezinhibiția amitalică“ este mijlocul cel mai bun de a îndepărta o serie de simptome; ea permițînd reliefaarea unor structuri patodinamice, insuficient de „zgomotoase“ în tabloul bolii.

Stimularea sau activarea în scopul precizării diagnosticului s-a efectuat și înainte de era psihofarmacologică cu pervitină, iar după 1952 cu L.S.D. 25 (dietilamida acidului lisergic) și timoanaleptice.

În 1936, *P. N. Jogodka* a introdus în clinică metoda dezinhibării (narco-analizei) bolnavilor psihici (inhibiți și depresivi) cu amital sodic și cofeină.

În vederea precizării diagnosticului și în scop terapeutic din 1965 am introdus în clinica noastră narcoanaliza și narcoterapia. Narcoanaliza o efectuăm cu ajutorul amitalului sodic 10% (Amobarbital) pe care-l administrăm intravenos foarte încet, urmărind ca el să producă o sedare și relaxare profundă suprimînd inhibiția și astfel bolnavii pot fi determinați prin întrebări să-și expună liber acuzele simptomatice de care suferă (narcocatarsis).

În cazurile unde inhibiția este foarte puternică, administrăm cu 10—20 de minute înainte administrării amitalului sodic o fiolă de cofeină (0.25 g) subcuta-

* Lucrare comunicată la U.S.S.M. subfiliala de neuro-psihiatrie și neuro-chirurgie, Tg.-Mureș, 26. VI. 1968

nat, sau (cu 25—30 de minute anterior) două comprimate de benzedrină sau cenedrină, deoarece aceste medicamente psihotone duc la creșterea activității psihice, motorii și senzoriale.

Cantitatea de amital sodic necesară dezinhibiției variază de la un bolnav la altul între 3—7 ml soluție 10% care se administrează foarte lent (în 10—40 minute) timp în care se discută cu bolnavul, pe fața și în ochii (strălucirea în privire) căruia se poate observa schimbarea afectivității dureroase și anxioase, instalându-se o ușurare generală cu dispariția senzațiilor penibile (cenestopatice sau obsesivo fobice) și instalarea unei dispoziții euforice. În această situație bolnavul își expune cu ușurință toate problemele (trăirile sale halucinatorii, delirante sau intime) pe care anterior nu avea tăria și curajul să o facă.

De menționat că amitalul sodic își desfășoară acțiunea la toate nivelurile segmentare și funcționale ale sistemului nervos central, în timp ce scoarța cerebrală și sistemul activator reticulat sînt cele mai sensibile, iar bulbul cu centrii vitali (respirator și circulator) sînt cei mai puțin sensibili.

În afară de acțiunea dezinhibitorie amitalul sodic mai are și alte efecte; este un bun sedativ, anticonvulsivant, ușor hipotensor, analgezic și voi aminti încă o acțiune foarte importantă și plăcută pentru bolnav, el produce o indiferență față de stimulii externi și ajută direct la instalarea unui somn natural, lipsit de vise, care durează între 5 și 10 ore.

În clinica noastră nu folosim narcoanaliza (dezinhibiția) numai în scopul investigării mai profunde a stării afective a bolnavului ci și în sensul creerii posibilității deschiderii exteroreceptivității, primul individ remarcat de bolnav în această situația fiind medicul care l-a ajutat, astfel chiar dacă înainte nu avea încredere în vindecarea sa datorită dominării afectivității sale de idei obsesivo fobice (anxietate) sau delirante, pe acestea acum le înlocuiește cu încredere în vindecare și medicul său, ceea ce constituie de fapt o „relație de transfer“, pe care N. J. *Barabona Fernandes* o denumește „transfer vital“ în sensul vindecării sale cu ajutorul medicului în care și-a „transferat“ toată încrederea.

În general atitudinea medicului trebuie să fie plină de bunăvoință, atentă, aprobativă și răbdătoare ceea ce înlătură treptat autoagresivitatea și autodevalorizarea bolnavului depresiv.

Deci după investigarea făcută prin narcoanaliză, noi aplicăm o psihoterapie care cuprinde în cîmpul ei o analiză fenomenologică a situației psihopatologice, ceea ce constituie un ecou comprehensiv, un sprijin și o încurajare fără a depăși limitele realității posibile în rezolvarea situației sale. De fapt bolnavul se află într-o stare asemănătoare hipnozei cu o conștiință „îngustată“ și un grad crescut de receptivitate cînd aplicăm această psihoterapie (narcosugestie).

După ce am efectuat toate cele expuse mai sus, sugerăm bolnavului că va dormi un somn liniștit și că trezirea va fi plăcută în timp ce-i administrăm rapid amitalul sodic, rezervat în mod special pentru acest scop (3—4 ml).

La trezire bolnavii afirmă că au dormit foarte bine, că somnul a fost odihnitor, că se simt proaspeți, relaxați și optimiști, astfel că cer continuarea acestui procedeu (pentru a se vindeca). Doi bolnavi cu neurastenii și impotență sexuală, după două dezinhibări amitalice au fost foarte mulțumiți de rezultatele obținute. Am avut și trei cazuri, suferind de psihopatie care susțineau că somnul nu a fost cel descris mai sus, ci superficial și agitat, iar trezirea a fost însoțită de amețeli, neliniște și o ușoară stare de ebrietate. La trei alcoolici și un arterosclerotic, după administrarea de amital sodic s-a instalat o stare de ebrietate cu un comportament hipomaniacal.

De fapt este contraindicată utilizarea barbituricelor la toxicomani (și în general dozarea se face individual pentru că amitalul poate produce orice stare de la o ușoară sedare pînă la comă), la cei cu idiosincrazie, la cei care suferă de boli renale, diabet zaharat, hepatite, porfirie, insuficiență cardiacă și psihoze, dar contraindicația nu este absolută.

Noi am administrat amital cu rezultate bune și în câteva cazuri de delir și predelir tremens.

Sîrbu A. și colab. arată că la toți bolnavii de bună credință a remarcat fără excepție „optimismul amitalic“, și că „semnul răului amitalic“, constituie un element pentru depistarea sinistroticilor și simulanților.

În schizofrenie narcoanaliza evidențiază mai ușor halucinațiile, ideile delirante, grimasele, manierismele, stereotipiile, incoeranța, inversiunea afectivă s. a., dar în aceiași timp ea scoate bolnavul din negativism, autism și uneori din catatonie sa. În cazurile în care nu eram siguri, dacă este vorba de o schizofrenie sau o nevroză, aplicarea metodei de mai sus clarifica aceste situații.

Noi am aplicat narcoanaliza în nevrozele de toate felurile, reacții psihogere, depresii fără sau cu anxietate, sindroame cenestopatice, schizofrenii, alcoolism, epilepsii cu elemente depresive, psihopatii și acolo unde se pune problema simulării (cazuri rare).

În concluzie, prin utilizarea acestui procedeu, bolnavii sînt mai liberi, comunică mai ușor fiind eliberați de anxietate, iar tensiunile emoționale se rezolvă mai ușor, devin optimiști, încrezători în forțele lor. Menționăm că această metodă am aplicat-o în cea. 100 de cazuri, iar rezultatele cele mai bune le-am obținut în nevroze, reacții psihogene, depresii cu anxietate și mai ales în cele reactive, dar mai puțin în psihoze și schizofrenii unde de fapt contribuie la elucidarea diagnosticului. Desigur că după stabilirea diagnosticului s-a trecut la metodele terapeutice indicate pentru fiecare caz în parte, iar acolo unde era nevoie de narcoanaliză aceasta a fost repetată în medie de 5—6 ori la intervale de 2—3 zile

De remarcat că acest procedeu de dezinhibiție amitalică la care anterior se adaugă stimulente ale vigilității, constituie o metodă de investigație fină, contribuind la clarificarea acelor cazuri dificile, cu o simptomatologie săracă, ascunsă inconștient sau mai rar intenționat.

Datorită faptului că narcoanaliza și narcoterapia, cu dezinhibirea lor amitalică și sugestibilitatea crescută în această stare impune aplicării lor aceleași cautele ca și aplicarea hipnoterapiei — se recomandă efectuarea lor în instituțiile de specialitate.

Sosit la redacție: 15 iunie 1968.

Bibliografie

1. BARABONA FERNANDES N. J.: Al II-lea congres de psihiatrie. Montreal 1961, II. 896;
2. BESSIERE et FUSSWERTK: L'hypno-analyse dans les états schizophréniques. I. Ed. Masson, 1950;
3. CHAVANY J. A., BOUVET M., HAGENMULLER D.: Sem. Hôp. (1948), 24. 12. 353;
4. ENGELMEYER M. P.: Nervenarzt (1950), 21. 431;
5. GOODMAN L. S., GILMAN A.: Bazele farmacologice ale teraputicii, Ed. Med. 1960, 114;
6. GUIRAUD P.: Psychiatrie clinique, Paris 1956, 265;
7. HEINRICH K.: Congresul al III-lea de Psihiatrie, Montreal, II. 1105;
8. HEINRICH K.: Nervenarzt (1960), 11. 507;
9. HENRI EY, BERNARD P., BRISSET CH.: Manuel de Psychiatrie, Ed. Masson 1963, 890;
10. ITIL T.: Amer. J. Psychiat. (1965), 10. 996;
11. KREINDLER A.: Nevroza astenică, Ed. Academiei R.P.R. 1961, 317;
12. Lecții de psihiatrie, București, 1964, I. 190, II. 30;
13. MÜLLER D., HEGEMANN: Neurologie und Psychiatrie, Berlin 1966, 562;
14. PETER HAYS: New horizons in

Psychiatry. London 1964. Penguin books, 196; 15. PLATONOV I. K.: Slovo ka k fiziologiceskii ilecebni faktor, Moscova, 1962; 16 ROȘU S. și colab.: Importanța subnarcozei cu barbamil ca metodă de explorare Conf. de explorări funcționale Sibiu, 6—7 dec. 1963; 17. SIM MYRE: Guide to Psychiatry, London, 1963, 371; 18 SÎRBU A. și colab.: Narcoanaliza în clinica nevrozelor. U.S.S.M. Neuro-Psihiatrie, 28 ian. 1958; 19. SUTTER J. M.: Subnarcose (narco-analyse). Encyclopedie méd. chir. 37816, A—10; 20. SCHULTE W.: Studien zur heutigen Psychotherapie. Ed. Quelle — Meyer Heidelberg 1964; 21. TIMOFEEVA A. N., LIPSKAIA A. L.: J. Neuropat. i. Psihiat. Korsakov (1963), 10, 1549; 22. W. MAYER-GROSS și colab.: Clinical Psychiatry. London. 1960. 28, 226.
