

OBSERVAȚII ASUPRA TRATAMENTULUI ANXIETĂȚII IN PRACTICA PSIHIATRICA *

dr. Eugenia Stanciu, dr. Gh. Grecu

Anxietatea este un simptom frecvent intilnit in clinică, atat la pacienții cu boli psihice, cât și la cei cu suferințe somatice. In patologia psihiatrică este unul din elementele psihopatologice fundamentale, insoțind variate forme de psihoze și in special nevrozele. Reprezintă o alterare a eutimiei și se caracterizează prin existența unei stări afective cu nuanță negativă, trăită de bolnav ca un sentiment de pericol iminent, in general greu de definit, care-l face să elaboreze fantasme tragice, amplificind toate imaginile la proporțiile unei drame. In prezența acestui pericol atitudinea bolnavului este de alertă permanentă, ca pentru așteptarea des-

* Lucrare comunicată la U.S.S.M Tirgu Mures, Secția de neurologie, psihiatrie și neurochirurgie, martie 1971.

fășurării catastrofei imediate, în fața căreia se găsește dezarmat, zdrobit, cu sentimentul incapacității totale de a-l înlătura (1, 2, 5, 16, 17, 20). Anxietatea este o trăire subiectivă, exteriorizată însă și prin simptome somatice de acompaniament. *Kielholz* (10) clasifică simptomele somatice ale anxietății în simptome de expresie mimică și gestuală și în simptome de excitație a sistemului nervos simpatic, adrenergic (midriază și reflex pupilar psihogen, tremurături fine ale extremităților, uscăciunea mucoasei bucale, paloarea feței, tahicardie, constricție precordială, extrasistole, anorexie, acuze dureroase gastrice, diaree, tahipnee, senzație de sufocare, creșterea tensiunii arteriale, insomnie, mai ales cu dificultatea adormirii). Menționează de asemenea existența unor echivalențe de anxietate, cum ar fi polakiuria, acelele de tremor, senzația de foame (mai ales noaptea), senzația de tensiune intracraniană, diminuarea capacității de concentrare, oboseala, tensiunea, neliniștea etc.

În ultimul timp, în psihopatologie este tot mai frecvent făcută încercarea de a răspunde la întrebarea dacă anxietatea este un simptom sau un sindrom, iar răspunsul nu pare de loc simplu: pe de o parte, faptul că anxietatea intră în componența unui mare număr de sindroame psihiatrice există tendința de a o considera ca un simptom, dar pe de altă parte, luându-se în considerare conținutul ei amplu, unii autori o consideră un sindrom (2). Începând cu anul 1917, *Devaux* și *Logre* (7) menționează anxietatea ca fiind un sindrom, care prezintă o semiologie specifică și forme clinice autonome. Majoritatea autorilor o definesc în sensul de sindrom. În componența căruia există o anumită constelație de simptome. Din experiențele noastre practice conchidem că anxietatea poate apare în psihopatologie atât ca sindrom, cât și ca simptom, în funcție de substratul nosologic al bolii psihice pe care o definește.

În tratamentul anxietății — după multe tatonări făcute cu sedativele clasice — s-a crezut în 1957, prin descoperirea timolepticelor de tipul imipraminei de către *Kuhn* (13), că anxioliza este ușor rezolvabilă. La scurt timp însă, s-a observat că anxietatea se poate reduce într-o proporție care nu depășește 30% și din contra uneori o exacerbează motiv pentru care experimentările legate de găsirea unor anxiolitice mai eficiente au continuat, ceea ce a făcut ca astăzi să existe la îndemina noastră o gamă largă de preparate din marele grup al medicamentelor psihotrope, cu efecte anxiolitice mai mult sau mai puțin accentuate, în funcție de natura anxietății.

Încercările noastre practice efectuate în ultimii doi ani, la Clinica psihiatrică din Tîrgu Mureș, în tratarea anxietății, la cei 251 pacienți suferind de diverse boli psihice, au avut la bază ideea că deși în majoritatea cazurilor ea reprezintă doar un simptom de acompaniament al bolii de bază, necesită de multe ori o atenție deosebită și o intervenție de urgență, iar anxioliza propriu-zisă a fost legată de substratul psihopatologic al anxietății, sub acest aspect putîndu-se incrimina cauze nevrotice sau psihotice (3, 9, 16, 17, 18), fără a lua în considerare anxietățile esențiale menționate de unii autori (1).

În stările nevrotice, anxietatea poate fi de mică intensitate, în special în neurastenii ușoare, unde apare secundar, nemărturisită, reieșind din conduită, pe prim plan existînd simptomele de bază nevrotice (6). În cele 65 de cazuri de acest fel am obținut rezultate bune prin combinațiile medicamentoase utilizate, în primul rînd a sedativelor clasice (în special amitalul de Na) și uneori în asociație cu tranchilizante minore, de tipul derivaților de glicol (meprobamat), dibenzdiazepinei (clordiazepoxid-napoton și diazepam). Redăm în tabelul sinoptic anexat, dozele optime ale acestor preparate, precum și celelalte asociații medicamentoase utilizate cu bună eficiență, ceea ce a dus la ameliorări prompte în 48 de cazuri, iar în celelalte 17 cazuri, acestea au fost mai lente.

În alte forme de nevroze însă, a căror cadru este amplificat prin suprapunerea elementelor depresive, cenestopatie și obsesivofobice, anxietatea poate domina toată simptomatologia nevroticului (în așa-numitele sindroame anxios-depresive și anxios-nevrotice), care-i dă bolnavului impresia de nemulțumit, neliniștit, în nesî-

TABEL SINOPTIC PRIVIND SIMPTOMATOLOGIA ȘI TERAPIA ANXIETĂȚII

| Suferința psihică | Nr. caz. | Simptom. predom. | Simptom. de acompaniament | Terapia | Doze | Asociații medicamentoase | Rezultate |
|--|----------|--|---|---|---|--|---|
| Neurastenii | 65 | Labilitate afectivă și neurovegetativă | Anxietate de mică intensitate | Bromuri Barbiturice (Amital Na) Napoton Diazepam Meproamat | 6—900 mg 100—300 mg 30—60 mg 10—30 mg | Vitamine Anabolizante Psihoterapie | Vindecări 48 Ameliorări 17 |
| Sindroame anxios-depresive și anxios-nevrotice | 22 | Anxietate marcată | Depresie Insomnie accentuată Simptome vegetative | Cură Sakel Diazepam Napoton Melleril Stelazin Majeptyl Nozinan | 10—30 mg 30—60 mg 50—100 mg 3—6 mg 3—10 mg 6—12 mg | Psihoterapie Antiparkinsoniene Vitamine | Ameliorări 18 Staționări 4 |
| Depresii endogene | 26 | Anxietate accentuată până la raptus melancolic | Depresie marcată Idei delirante de culpabilitate, nihiliste și autodeprecieri | Electroșocuri cumulate Nortriptylin Amitriptylin Surmontil Nozinan | 60—100 mg 100—150 mg 100—200 mg 50—100 mg | Roborante Anabolizante Vitamine Psihoterapie | Ameliorări prompte 16 Ameliorări bune 10 |
| Schizofrenii | 66 | Derealizare depersonalizare Doxasme | Anxietate Depresie Comportament autistic sau impulsiv-agresiv | Electroșocuri cumulate Cură Sakel Majeptil Flufenazin Stelazin Lyogen Haloperidol Nozinan Ciatyl etc. | 6—12 mg 10—15 mg 3—9 mg 5 mg 2—10 mg 50—100 mg 15—30 mg | Antiparkinsoniene Vitamine Tranchilizante minore | Ameliorări bune 39 medii 20 Staționări 7 |
| Depresie de involuție (prezenle și senile) | 27 | Depresie Anxietate | Alterarea memoriei de fixare Hipoprosexie Bradipsihie Simptome a. sclerotice | Tranchilizante Timoleptice Ac. glutamic Leucotomie | doze mici și medii | Vitamine (B ₁ , B ₆ perfuzii) Anabolizante Cardiotonice Vasodilatatoare coronariene | Ameliorări 22 Staționări 5 |
| Delirium tremens | 24 | Halucinații terifiante Tremurături. Insomnie | Anxietate Alterări de conștiință Agitații psihomotorii | Raunervil Plegomazin Nozinan Haloperidol Hemineurin | doze medii și mari | Vitamine (B ₁ , B ₆ perfuzii) Transfuzii (singe. plasmă) Ac. glutamic | Ameliorări bune 18 Agravări 6 |

șuranta, cere sprijin și ajutor, opunindu-se ideii și tentației suicidare (8, 11, 14, 15, 21). În cele 22 de cazuri de sindroame anxioase cu substrat variat nevrotic, combinațiile dintre sedativele clasice și tranchilizantele minore, au dat rezultate mai slabe. Am obținut însă în 18 cazuri ameliorări bune, prin asocieri între insulino-terapie (cura Sakel), doze medii de tranchilizante minore și uneori tranchilizante majore în doze mici (melleril, trifluoperazin-stelazin, fluphenazin-permitil, ciatyl și majeptil). La 4 dintre bolnavii aparținând acestei grupe, anxietatea a fost mai greu influențabilă, menținându-se pe o perioadă lungă de timp.

Anxietățile psihotice pot avea un caracter predominant exacerbant cu exteriorizări și cauze diferite, în funcție de natura psihozei. Astfel, în depresiile endogene deși starea de hipertimie negativă are o notă dominantă, făcând din bolnav un apatic, aparent distanțat de lumea și realitatea din jur, incapabil de rezonanță afectivă, se pot observa în cursul evoluției situații de tensiune afectivă, cu apariția unei ideologii delirant depresive de culpabilitate, autodeprecieri, idei nihiliste (10, 14, 17, 18, 22). Decompensarea depresivă — raptusul melancolic — o culme a stării tensionale a depresivului endogen, reprezintă o urgență psihiatrică de prim ordin, prin înaltul potențial de sinucidere (12). Toate cele 26 de depresii endogene, urmărite de noi pentru anxietatea accentuată care impresiona în primul rind, au necesitat o intervenție promptă, făcând necesară aplicarea imediată a electroșocurilor cumulate, urmate de introducerea unei terapii cu antidepressive (timoleptice), cu componentă sedativă și anxiolitică. nortriptylin (în doze medii și mari), amitriptylin (saroten), surmontil, nozinan (levomepromazin) prin care s-a obținut o anxioliză bună, menținută apoi printr-o doză mică de timoleptice.

Anxietatea poate fi marcată și în psihoza discordantă, în faza de debut a acesteia, ca rezultat direct al derealizării depersonalizării, cu o stare de conștiință alterată (4), care-l neliniștește pe bolnav prin faptul că încercările lui de a găsi o explicație a trăirilor străni pe care le prezintă nu duc la nici un rezultat. În aceste stări, precum și în cele productive delirante, anxietatea se poate converti în reacții impulsive și agresive brutale (23). Anxioliza, în astfel de cazuri, a fost legată de terapia bolii de bază. La 66 de schizofrenii cu astfel de stări s-a efectuat terapia devenită clasică cu electroșocuri, urmată de cura Sakel la 39 de bolnavi, precum și de neuroleptice fenotiazinice (clorpromazine, prometazine / romergan și phenergan /, levomepromazin, melleril, trifluoperazin, majeptyl, fluphenazin / permitil, lyogen /, metafenazina / frenolon /, derivați tioxanteni / ciatyl, sordinol /, sau butirofenone / haloperidol, triperidol, droperidol /), în doze medii, întotdeauna asociate cu antiparkinsoniene, precum și cu tranchilizante minore în doze mici. Din tabelul alăturat, reiese modul în care a fost ales fiecare dintre acestea, în funcție de forma clinică, dominanța simptomatologică, precum și rezultatele constând în: ameliorări bune cu reducerea anxietății și simptomelor principale în 39 de cazuri, ameliorări medii în 20 de cazuri și staționări sau recidive rapide în 7 cazuri.

În depresiile de involuție, presenile și senile, anxietatea apare ca urmare a deteriorării cognitive, bolnavul găsindu-se în fața propriei incompetențe, cu încercări infructuoase de a o depăși, care-l încarcă tensional negativ (8). Din 27 de cazuri încadrate în acest grup la 18 s-au obținut bune ameliorări cu tranchilizante minore și timoleptice în doze medii, asociate cu acid glutamic, perfuzii vitaminice și anabolizante, anxietatea fiind astfel redusă rapid. Cinci bolnavi, cu anxietate de origine depresiv-involutivă, care nu au răspuns favorabil timp de ani de zile la terapiile cele mai variate, au beneficiat de leucotomie (tip Hirose), obținându-se vindecări spectaculare.

În psihozele care evoluează pe fondul de alterare a conștiinței (psihozele exogene, psihozele toxice, delirium tremens, chiar tenebrozitatea epileptică și unele forme de psihoze episodice temporale), caracterul agitant al anxietății este direct legat de iluziile și halucinațiile cu conținut terifiant. Din acest grup o mențiune aparte merită deliriumul tremens. La 18 deliranti s-a obținut o evoluție favorabilă, fiind reduse simptomele majore, precum și anxietatea, prin administrarea de neuroleptice rezerpnică (fraunervil), fenotiazinice sau butirofenone. în asociere cu per-

fuzii de plasmă sau transfuzii de sânge, acid glutamic și vitamina B₁ și B₆ în doze mari. La cițiva bolnavi cu delirium tremens cu evoluție spre sindrom Korsakov, s-a obținut o ameliorare spectaculară cu clormetiazol (hemineurina). Șase de astfel de cazuri însă, cu toată această medicație, au prezentat o evoluție agravantă spre demențiere.

În celelalte stări psihotice, a căror simptomatologie a fost grefată pe alterarea conștiinței, anxietatea supraadăugată a putut fi înlăturată prin efectuarea tratamentului de bază al bolii respective.

În afara metodelor de anxioliză menționate, am mai asociat ca măsuri adjuvante eficiente: psihoterapia de mare utilitate, mai ales în anxietățile cu substrat nevrotic, precedată de o psihoanaliză descoperitoare etc., precum și fizioterapia, care poate fi efectuată sub diferite forme de gimnastică terapeutică, vizînd transformarea emoțiilor în activitate fizică, procedeu mai eficace în anxietățile copilului (18).

Concluzii

1. Anxietatea acompaniază numeroase stări nevrotice și psihotice, exteriorizîndu-se sub forma unui simptom sau sindrom predominant sau de acompaniament, tratarea căreia se impune a fi făcută de multe ori prompt, datorită aspectului agravant pe care-l produce asupra bolii de bază.

2. Mijloacele de terapie anxiolitică, necesită o diversificare, în funcție de cauzele acesteia, în majoritatea cazurilor fiind vorba de tratarea substratului psihopatologic și în mai mică măsură de o terapie simptomatică.

3. Pentru obținerea unei anxiolize cît mai eficace este necesară efectuarea de asociații medicamentoase sau de mijloace terapeutice, deoarece practica demonstrează că utilizările medicamentoase solitare, au o slabă eficiență.

4. În stările nevrotice sedativele clasice și tranchilizantele minore, în asociere cu psihoterapia și roborante, reduc anxietatea într-o perioadă scurtă de timp. În anxietățile cu substrat psihotic, durata anxiolizei este mai mare și în esență se bazează pe tratamentul cauzal al bolii care o generează.

Sosit la redacție: 11 martie 1971

Bibliografie

1. BARUK H.: *Traité de psychiatrie*, Ed. Masson, Paris, 1959, 154;
2. BENKE A., UNGER W.: *Wien. med. Wschr.* (1969), 119, 21, 391;
3. BUSS A. H.: *J. Abnorm. Soc. Psychol.* (1962), 65, 426;
4. CSIKY C.: Stările psihopatoide ale adultului. Comunicare la a VII-a Sesiune a cadrelor didactice, I.M.F. Tîrgu Mureș, 12—13 decembrie 1969;
5. DE BONIS: *Rev. Psychol. Appl.* (1969), 18, 4, 177;
6. DE SILVERIO R. V., RICKELS K., RAAB E., JAMESON E.: *J. Clin. Pharmacol.* (1969), 9, 4, 259.
7. DEVAUX, LOGRE: *Les anxieux*, Ed. Masson, Paris, 1917;
8. IONESCU G.: Particularități psihopatologice ale sindromelor depresiv-anxioase, evidențiate prin tehnici proiective. Teză de doctorat, I.M.F. București, 1970;
9. HOLLISTER L. E.: *J. Clin. Pharmacol.* (1969), 12, 3, 12;
10. KIELHOLZ P.: *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*, Ed. Lehman, München, 1965;
11. KOENIG K. P.: *Behav. Res. Ther.* (1969), 7, 2, 185;
12. KRAKOWSKI A. J.: *Psychosomatics* (1969), 10, 3, 11, 7;
13. KUHN R.: *Schweiz. med. Wschr.* (1957), 89, 35, 1135;
14. LADER M. H.: *Brit. J. Hosp. Med.* (1969), 2, 9, 1448;
15. MATTSO N. B., WILLIAMS H. V., RICKELS K.: *Psychopharmacol. Bull.* (1969), 5, 1, 19;
16. MICHAUX L.: *Psychiatrie*, Ed. Flammarion, Paris, 1965, 223;
17. POROT A.: *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Presse Univ. de France, Paris, 1965, 53;
18. PÖLDINGER W.: *Mk. arztl. Fortb.* (1968), 18, 10, 531;
19. PREDESCU V.: *Terapie psihotropă*, Ed. Med. Bucu. rești, 1968, 391;
20. SUINN R. M.: *Behav. Res. Ther.* (1969), 7, 3, 317;
21. TAYLOR M. A., SPERO M., SIMEON J., FINK M.: *Curr. Ther. Res.* (1969), 11, 1, 9;
22. SIM M.: *J. Nerv. Ment. Dis.* (1966), 143, 12, 484;
23. THOMAS L.: *J. Nerv. Ment. Dis.* (1967), 144, 2, 101