

Clinica de psihiatrie (cond. prof. dr. C. Csiky, doctor în medicină) din Tîrgu-Mureş

OBSERVAȚII ASUPRA UNOR PARTICULARITAȚI ALE DEPRESIILOR NEVROTICE*

dr. Gh. Grecu

Stările depresive constituie o grupă de îmbolnăviri afective, caracterizate prin: dispoziție triată (acompaniată sau dominată uneori de anxietate), inhibiție psihomotorie și alte simptome sau acuze organo-

* Lucrare comunicată la U.S.S.M., Filiala Mureş, Secția psihiatrie, decembrie 1975.

vegetative. Datorită creșterii frecvenței și morbidității prin stările depresive, studiul lor a căpătat o importanță deosebită. Cu toate că după aspectul psihopatologic stările depresive îmbracă, aproximativ, o formă unitară, ele sînt neunitare din punct de vedere etiopatogenetic fiind determinate de o constelație de factori extrem de diferiți, a căror pondere diferă de la o formă depresivă la alta. În general se știe că depresiile se împart în trei grupe mari: endogene, somatogene și psihogene. Depresiile nevrotice constituie o entitate nosologică, care face parte din grupul depresiilor psihogene. Ele apar pe un fond nevrotic conflictual, iar din antecedentele lor lipsește predispoziția familială și personală la psihoze maniacodepresive. Ele se caracterizează deci printr-o combinație mixturală de simptome depresive și nevrotice. Tristețea și anxietatea, disperarea și pesimismul, neliniștea, agitația moderată, sau mai rar inhibiția, scăderea inițiativei și a capacității de muncă intelectuală și fizică, dificultatea menținerii și a realizării relațiilor interpersonale, sensibilitatea morbidă, resemnarea și tendințele de hipercompensare, dependența și reacțiile exagerate la stimuli din mediu, idei de autoacuzare și revoltă împotriva destinului și mai rar chiar tentative de suicid, plus alte simptome nevroticovegetative (oboseală, inapetență, insomnie, coșmaruri, transpirații, tremurături etc.) pe care bolnavul le trăiește în mod penibil, avînd o conștiință exagerată a bolii sale (motiv pentru care cere cu insistență înțelegere și ajutorul celor din jur), constituie trăsăturile particulare ale depresiilor nevrotice. Pornind de la numeroase observații clinice, prin această lucrare dorim să prezentăm unele particularități ale depresiilor nevrotice.

Material și metodă

Observațiile noastre se rezumă la un număr de 315 depresivi nevrotici tratați între anii 1960—1975. Bolnavii au fost repartizați după sex, mediu social și pe decade de vîrstă, făcîndu-se și o analiză a factorilor epidemiologici incriminați în patogenia acestor depresii. Stabilirea diagnosticului s-a făcut pe baza unei anamneze amănunțite, pentru a descoperi relațiile defectuoase dintre copil—părinți, copil—anturaj, educație severă, libertină sau eronată, în care a trăit și s-a dezvoltat bolnavul, excluzînd antecedentele maniacodepresive, discordante sau leziunile organice. Alte elemente ajutătoare au fost: debutul timpuriu instalat în urma unor conflicte, sensibilitatea morbidă și oscilațiile dispoziției între disperare și hipercompensare, precum și o moderată agitație psihomotorie. Diagnosticul diferențial s-a făcut cu nevrozele, schizodepresiile, apoi cu restul formelor depresive: endogene, somatogene și în special psihogene.

Rezultate și discuții

Din datele clinicostatistice rezultă că depresiile nevrotice reprezintă 10,2% din totalul stărilor depresive tratate în ultimii 16 ani și că ele au o proveniență de 61% din mediul urban și de 39% din rural. Bioritmurileacompaniate de o activitate endocrinovegetativă și de o labilitate afectivă mai accentuată, ar motiva faptul că depresiile nevrotice se înfîlțesc mai frecvent la femei (57%) decît la bărbați (43%). În raport cu vîrsta, cel mai ridicat procentaj (35%) este cuprins între 31—40 ani, apoi 32% între 21—30 ani și 18% între 41—50 ani, grupe de vîrstă de la care

acest procentaj scade la 11% între 11—20 ani și la 4% între 51—60 ani. De fapt, tocmai între 21 și 50 de ani, când aceste depresii ating un procentaj de 85%, apar și cele mai frecvente și majore probleme legate de realizarea unor proiecte de viitor, iar eșecurile și conflictele reușesc cu ușurință să facă conjuncțiunea cu frustrările și fenomenele tensional-afective, neplăcute și refulate în copilărie sau adolescență, realizând astfel acea „rezonanță afectivă” care va genera o mixtură simptomatică depresiv-nevrotică. Analizând condițiile mediului familial, în care bolnavii și-au petrecut copilăria și adolescența, am constatat că 56% au trăit în cadrul unor familii conflictuale, cu părinți alcoolici, brutali, divorțați, decedați, recăsătoriți etc., simțindu-se nedoriți și chiar de prisos; 11% au avut o copilărie și adolescență necontrolată fără ca părinții să se preocupe în mod sustinut de educația și viitorul lor; din contră, 10% au avut părinți de o severitate excesivă sau la care a predominat o educație misticoreligioasă. La restul de 23%, mediul familial a fost armonios, iar conflictele lor au apărut mai târziu și au fost legate de unele tendințe și încercări ambițioase (profesionale, erotice, artistice etc.), pe care nu le-au putut realiza. Indiferent că mediul familial a fost dominat de conflicte, dezinteres, severitate, carențe afectiv-emoționale, sau — la adolescenți și adulți — de nerealizarea unor proiecte sau dorințe, acești factori psihogeni au determinat în mod treptat — prin refularea totală sau parțială a unor tendințe — o dereglare a trăirilor și comportamentului emoțional precum și diferite complexe, în special de inferioritate și nesiguranță.

De menționat faptul că, în ciuda numeroaselor acuze organovegetative, în special cardiocirculatorii (sistem de mare rezonanță subiectivă în trăirile anxios-depresive și nevrotice), la peste 90% din bolnavi rezultatele examinărilor clinice și de laborator au fost negative.

În majoritatea cazurilor, debutul lent sau acut al acestor depresii s-a făcut la o vîrstă mult mai tînră, comparativ cu depresiile endogene și somatogene, ele fiind declanșate de o serie de factori psihogeni, dintre care amintim: conflictele familiale (32%), eșecurile profesionale (17%), decepțiile amoroase (16%), pierderea unor persoane apropiate (14%), impotența și frigiditatea (9%) și alte traume psihice (12%) care, de obicei, nu erau de intensitate prea mare. Deci acești factori psihogeni determină o perturbare emoțională și o simptomatologie polimorfă, pe care depresivul nevrotic cu o conștientizare exagerată a bolii sale, le ancorează mai mult în conflictele și insuccesele recente, fără ca să reușească întotdeauna să descopere legătura și cu alți factori mai vechi, pe care i-a trăit în copilărie. De obicei acești bolnavi cu o sensibilitate morbidă și înclinare la resemnare și depresie, sînt foarte dependenți de mediu, la stimulii căruia reacționează prea puternic, iar viața lor este constituită dintr-un șir de reacții în lanț, pentru că, în funcție de succes sau insucces, de sentimentul de protecție sau neprotecție, oscilează întreaga lor dispoziție. Astfel am putea spune că răspunsurile lor emoționale la excitanții din mediu, cu toate că seamănă cu răspunsurile barometrului la schimbările presiunii atmosferice, ele sînt însă exagerate și rău controlate. Tocmai datorită faptului să depresia nevrotică este în funcție de condițiile de mediu, această formă depresivă este neunitară și plină de contradicții, oscilînd mereu între disperare și hipercompensare, motiv pentru care ajutorul solicitat de bolnav este mult mai evident, decît tendințele de autoagresivitate și suicid. Din această cauză, concomitent cu căutarea

unei protecții, depresivul nevrotic manifestă și o dorință de afirmare orgolioasă, fenomen care demonstrează tendințele lui de hipercompensare.

Unele trăsături ale depresiilor nevrotice au fost semnalate de mulți autori (1—20), dar contribuția cea mai importantă în delimitarea lor o aduce *Kielholz* (1957, 1959, 1963, 1965). După psihanalisti, depresiile nevrotice s-ar datora frustrărilor infantile și carențelor afective, care duc la formarea unei personalități ale cărei reacții emoționale sînt dependente de mediu și că la vîrsta adultă, sub influența unor conflicte, se reactualizează tendințele refulate în copilărie, iar prin rezonanța lor afectivă ar crește foarte mult potența conflictelor recente, contribuind astfel la instalarea depresiei. Dar în psihogeneza acestor depresii, nu este absolut necesară refularea unor tendințe primare, deoarece ele apar mai frecvent în urma unor conflicte trenante etico-morale sau estetice.

Concluzii

1. Pe baza datelor clinicostatistice, rezultă că depresiile nevrotice se întîlnesc într-un procentaj de 10,2% din totalul stărilor depresive.

2. Depresia nevrotică este neunitară, plină de contraste, oscilantă și ambivalentă, bolnavul aflîndu-se sub influența condițiilor de mediu.

3. Cunoașterea acestei forme depresive, dă posibilitatea clinicianului să se orienteze bine spre un diagnostic precis cit și să îndrepte bolnavul spre o asistență psihiatrică unde se va constitui un tratament adecvat și individualizat.

4. Sprijinirea tendințelor de compensare și normalizare a relațiilor interpersonale printr-o psihoterapie rațională, o medicație sedativă și antidepresivă duce în cîteva săptămîni la ameliorări și vindecări evidente.

Sosit la redacție: 29 ianuarie 1976.

Bibliografie

1. *Adriano vaz Serra, Pollitt J.*: Brit. J. Psychiat. (1975), 127, 211; 2. *Angyal L.*: Orv. Hetil. (1969), 110, 937; 3. *Beck A. T.*: Depression. Ed. Hoerper, New York, 1967; 4. *Bertalan P.*: Idegyógyászati Szemle (1971), 10, 445; 5. *Gittleson N. L.*: Brit. J. Psychiat. (1966), 112, 883; 6. *Greco Gh.*: Studiul unor aspecte ale stărilor depresive. Teză de doctorat, I.M.F. Tg.-Mureș, 1971; 7. *Henderson, Gillespie*: Textbook of Psychiatry, Ed. Univ. Press, London, 1973; 8. *Hole G.*: Med. Wschr. (1968), 22, 443; 9. *Hopkinson G.*: Psychiat. Neurol. (Basel), (1964), 148, 93; 10. *Huber G.*: Psychiatrie. Ed. Verlag, Stuttgart, 1974; 11. *Kay D.W.K. și colab.*: Brit. J. Psychiat. (1969), 115, 377; 12. *Kielholz P.*: Schweiz med. Wschr. (1957), 87, 107; 13. *Lauter H.*: Arch. Psychiat. Nervenkr. (1962), 203, 433; 14. *Lion E. G.*: J. nerv. ment. Dis. (1942), 95, 730; 15. *Mayer-Gross W.*: Brit. med. J. (1954), 2, 948; 16. *Moffic H. S., Paykel E. S.*: Brit. J. Psychiat. (1975), 126, 346; 17. *Paykel S.*: Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 275; 18. *Predescu V.*: Psihiatrie. Ed. med. București, 1976; 19. *Szobor A., Lax V.*: Idegyógyászati Szemle (1970), 23, 310; 20. *Tellenbach H.*: Nervenartz (1967), 38, 167.