

STĂRILE DEPRESIVE, DATE ETIOPATOGENETICE, FORME ȘI TERAPIA ACTUALĂ*

Gh. Grecu

O problemă centrală și de mare actualitate în clinica psihiatrică și în cercetările medicale, o constituie stările depresive cu multiplele lor forme. Depresia psihică face parte din psihozele afective în care tulburările dominante sînt legate de sfera afectivă și se caracterizează printr-o stare patologică de hipertimie „negativă” cu tristețe, anxietate și descurajare; o gândire inhibată la care se adaugă și tulburări psihomotorii, cu caracter inhibat.

Depresia poate fi considerată ca o modalitate de reacție a personalității psihice umane, la diverse suferințe: organice, toxice, endogene și psihogene. Ea poate să fie însoțită de diverse tulburări vegetative, somatice și funcționale, ca de ex.: neuro-mialgii, tensiune intracraniană subiectivă, constricție-înepături sau apăsare precardiacă, hipertensiune arterială; diverse tulburări digestive, inapetență, constipație etc. și numai mimica cu întreaga atitudine a bolnavului, reflectă chiar sculptural simptomul primordial „depresia”.

Uneori depresivul nu este trist ci numai anxios, cu agitație psihomotorică, sau retrăiește un vid interior, devenind abulic indiferent și prezentînd o anestezie dureroasă. În depresiile de involuție, tristețea și disperarea se exteriorizează în neliniște motorie, iar din cauza unei gândiri inhibate în fel de fel de lamentații stereotipe ce evidențiază multe acuze cenestopatie și idei delirante micromanice, de autoînvinuire sau uneori nihiliste (sindromul lui Cotard).

Schottl, Dreyfus, Mayer, Gross, Schultz, Feldman, Ostrowskaia și alții arată că la instalarea depresiei contribuie atît unii factori predispozanți, familiali și constituționali cît și influențele externe, atît de ordin psihic cît și somatic. Tot acești autori luînd în considerare factorii constituționali și exogeni arată că ei prevalează mai frecvent asupra femeilor, din care cauză depresiile sînt mai frecvente la acest sex

* Lucrare prezentată la U.S.S.M. Tg.-Mureș, Subfiliala neurologie, psihiatrie și neuro-chirurgie; la 27 iunie 1967.

Noțiunea de „depresie” nu constituie o noutate nosologică, deoarece ea reflectă un sindrom caracterizat prin modul cum reacționează organismul în fața diversilor factori etiologici: somatici, toxici, endogeni și psihogeni. Deși există o mare diversitate de factori etiologici, totuși majoritatea depresiilor au o mare asemănare fenomenologică, ca de ex. asemănarea dintre depresiile endogene și cele psihogene

E. S. Averbuch (1962) formulează o clasificare cu 11 tipuri diferite ale stărilor depresive, pe care o redăm mai jos:

Depresia neurotică, psihogenă reactivă, fazică (PMD), involutivă, senilă, post intoxicație (alcoolism), vasculară (vasogenă) somatogenă (puerperală etc.), organică (pe baza leziunilor S.N.C.), alte depresii simptomatice și sindromul depresiv în cadrul altor stări psihopatologice (schizofrenie etc.).

Această clasificare nu reușește să încadreze toate formele tulburărilor de afectivitate; de la simpla tristețe reactivă până la melancolie.

O altă clasificare făcută de Selbach și Kielholz, este astfel constituită încît să dea o imagine clară a fiecărei forme de depresie ținînd cont de originea ei etiologică după cum urmează:

1. Depresii organice (senile, arteriosclerotice, posttraumatice, epileptice, oligofrenice etc.);

2. Depresii simptomatice (postinfecțioase, hemodinamice, endocrine, toxice);

3. Depresii de involuție;

4. Depresiile din schizofrenii;

5. Depresiile din P.M.D.;

6. Depresiile neurotice;

7. Depresiile de epuizare; } (depresii psihogene)

8. Depresiile reactive.

Deși mai sînt numeroase clasificări ale stărilor depresive, omitem să le enumerăm, deoarece din toate, cea mai de sus corespunde cu aproximație cu experiența clinică noastră.

În depresii există 2 grupe de simptome: principale și secundare.

Din simptomele principale, fac parte: — *Dispoziția depresivă* (tristețe, neliniște interioară, anxietate, tensiune psihică, indiferență posedă, sentimentul că nu mai poate avea sentimente, melancolie profundă etc.). — *Gîndirea este inhibată*, ceea ce face ca asociațiile să fie limitate și sărace, gîndirea lentoroasă și în cerc vicios, apărînd idei delirante, hipocondriace, de autoînvinuire, de suicid și variate idei micromanice de vinovăție, ruină și altele. Voința este inhibată, bolnavul fiind incapabil să ia o hotărîre, ambitendință, stupoare, inhibiție psihomotorie, cu mișcări încetinite, poziție gheboasă, voce șoptită, plîngăreață și monotonă.

Trebuie să amintim că există și o depresie agitată, caracterizată prin neliniște motorie, senzație de hăituială, lamentații, plîns și chiar agresivitate.

Din simptomatologia secundară fac parte: insomnia, cefaleea, neuro-mialgii, artralgii, dureri abdominale, inapetența, turgorul redus, scăderea în greutate, tulburările cardiace și respiratorii, tulburările menstruale, impotența, frigidity, constipația etc.

În continuare, vom arăta pe scurt formele depresiilor cu caracteristicile lor principale:

1. *Depresiile organice* au la baza lor modificări structurale ale creierului, ele au crescut în ultimii ani paralel cu creșterea longevității populației și a înmulțirii traumatismelor crano-cerebrale. Majoritatea depresiilor organice sînt cauzate de atrofii cerebrale senile, arterioscleroză cerebrală, traumatisme crano-cerebrale, precum și alte afecțiuni ale creierului. În acest grup se întîlnește mai frecvent: melancolia senilă, depresia arteriosclerotică, depresia posttraumatică apatică depresivă, depresia din tumorile cerebrale, debutul depresiv al paraliziei generale, dispozițiile disforice la oligofrenii și epileptici.

În aceste depresii vom întîlni și un psihosindrom organic cerebral difuz cu amnezii pentru faptele recente, tulburări de orientare, tendința la confabulare

gîndire încetinită, generalizări morbide, instabilitate afectivă, sensibilitate și incontinență afectivă, cu unele idei delirante hipocondrice, de autoacuzare și culpă. În forma arteriosclerotică se înfîlșește și o neliniște ocupațională cu activitate aparentă și plîns forțat.

În depresiile senile se impune examinarea cordului și cunoașterea dacă bolnavul nu face tratament cu hipotensoare și în special cu serpasil ținînd cont de depresia serpasilică.

O grupă aparte în cadrul depresiilor organice a fost izolată în clinica noastră în cadrul psihozelor episodice temporale, caracterizate printr-un sindrom depresiv destul de clasic și prin apariția unor focare temporale, ce se evidențiază pe traseul electroencefalografic provocat cu evipon sau baytinal. O altă caracteristică a acestui grup este, că acționează prompt, atît clinic cît și electroencefalografic, la un tratament antiepileptic nesoporific. Remarcăm că bolnavii încadrați în această grupă nu au prezentat în antecedentele lor nici un aspect epileptic convulsivant.

II. *Depresiile simptomatice* — legate de leziuni ale unui organ extracerebral, de toxice sau endotoxice. Aceste depresii constituie numai un sindrom mai puțin sau mai mult complet ce însoțește paralel boala organică, care va dispărea o dată cu vindecarea ei, deci în primul rînd tratamentul trebuie să fie îndreptat spre maladia de bază.

Ele pot fi, depresii de epuizare postinfecțioase, care apar mai ales în convalescență, depresii anxioase din maladiile cardio-vasculare și pulmonare cronice, depresii din afecțiunile endocrine și depresia anxios-posacă din intoxicațiile medicamentoase (rezerpina, steroizii, stupefiantele sau în timpul curei de dezintoxicație la toxicomani).

Aceste depresii depind foarte mult de personalitatea psihică premorbidă.

III. *Depresiile de involuție* (la început *Kraepelin* a separat această afecțiune psihică de psihoza maniaco-depresivă, ca mai tîrziu tot el pe baza studiilor catamnestică ale lui *Dreyfus* (1907) să reîncadreze psihoza maniaco-depresivă în grupul depresiilor senile.

Noi credem, că această entitate de depresie își are caracterul ei propriu, care o separă de psihozele de tip maniaco-depresive și probabil printr-o abiotrofie specială nelămurită încă pînă în prezent, ci doar semnalată prin sufixul „involuție”, ea este apropiată și de depresiile organice. Remarca noastră este susținută de marea ei rezistență la metodele obișnuite de tratament, deci și prin durata ei uneori foarte lungă.

Ea se instalează în perioada involuției, la persoane care nu au nici o ereditate maniaco-depresivă. În jurul vîrstei de 50 ani apar primele fenomene involutive, legate parțial prin crize hormonale și organo-vegetative. În depresia de involuție mulți factori exogeni cum ar fi: pierderea copiilor, izolarea socială, pensionarea, moartea soțului sau rudelor apropiate, conflictele familiale, schimbarea domiciliului sau a locului de muncă o îmbolnăvire somatică, scăderea în greutate, dispariția funcțiilor sexuale, ideea morții apropiate, constituie cauze care duc la declanșarea depresiei.

Kielholz, a descoperit în depresiile de involuție observate, la 74% din cazuri factori declanșatori psihogeni, iar în 7% factori somatici. În peste 90% din depresiile de involuție, bolnavii sînt anxioși și agitați, din care cauză aici este mare pericolul de suicid. Astfel am avut în clinica noastră internată o bolnavă (F. M. de 66 ani), la care în decurs de doi ani am epuizat toate mijloacele terapeutice biologice active și psihofarmacologice, fără nici o ameliorare, din care cauză s-a efectuat o leucotomie fronto-mediană la viziune directă de tip *Hirose*, după care starea ei s-a ameliorat foarte mult. Deci această intervenție, fiind bine îndrumată, își are locul în arsenalul nostru terapeutic. Bolnavii cu depresii de involuție, au o mulțime de acuze hipocondrice, isterice, obsesive, pe lângă care idei delirante de: culpă, sărăcie, autofînvuire și altele. Evoluția este lungă și trenantă, iar uneori la bolnavii netratați se poate observa transformarea depresiei de involuție, într-o depresie senilă organică

IV. *Depresiile din schizofrenii.* În unele forme de schizofrenie, se pot observa perioade distimice, anxioase sau depresive, care pot avea caracter psihoreactiv cu dezvoltarea depresivă a ideilor delirante și a halucinațiilor, mascând aproape complet procesul schizofren incît să dea aspectul unei depresii endogene. Aceste depresii nu reacționează la timoleptice. În aceste stări printr-o psihonarcoză amitalică, noi reușim de multe ori să punem de la început în evidență simptomele discordante și să clarificăm apartenența acestor forme.

V. *Depresiile endogene.* Această depresie o întîlnim în psihoza maniaco-depresivă, în care apar faze cu o coloratură trist-anxioasă, cu inhibiția gândirii și a funcțiilor psihice. Psihoza maniaco-depresivă este o boală ce se transmite ereditar. După cercetătorul american *Kallmann*, cifrele concordanței pe gemeni univitelini mergeau pînă la 100%, iar la bivitelini pînă la 25%. Copii ai căror părinți sînt ușor maniaco-depresivi, au o probabilitate morbidă de 33%, cei cu un părinte maniaco-depresiv 15%, iar nepoții și verișorii 3%. Depresiile acestea pot să fie unice sau urmate de o faza maniacală imediată sau la un oarecare interval, dar în general fazele depresive sînt mai frecvente de cît cele maniacale și vorbim de psihoză maniaco-depresivă numai cînd ambele faze se regăsesc la același bolnav. Facem această distincție din motivul că forma respectivă de îmbolnăvire cere un tratament mai deosebit și de multe ori recurgem la cura insulinică pentru a fixa starea de afectivitate eutimică, aproximativ normală. În general fazele depresive durează între 6 și 12 luni, neintermite, doar îngrijite și tratate simptomatic, iar cu trecerea timpului ele devin mai lungi în defavoarea perioadelor sănătoase. interfațate normale. Peste vîrsta de 50 de ani fazele depresive au o evoluție mai puțin intensă și plată, dar cu o durată mai lungă.

Înainte de instalarea depresiei bolnavii respectivi sînt explozivi și instabili emoțional. După instalarea depresiei devin triști, uneori anxioși, își cercetează cu mîgălă trecutul din care scot o mulțime de fapte pentru care se autoacuză, că: ar fi fost răi, leneși, egoiști, că au comis ilegalități și în același timp toate tendințele lor agresive sînt îndreptate împotriva propriei lor persoane, ajungînd uneori la tendințe reușite sau nereușite de autosuprimare. Această stare este extrem de periculoasă mai ales la începutul și sfîrșitul bolii, cînd pe de o parte inhibiția nu se extinde asupra motorului și activității, iar spre sfîrșit cînd ies din inhibiție și cînd aceste idei mai persistă, iar bolnavul le poate disimula. Aici se întîlnesc tot felul de idei delirante hipocondrice și de autoacuzare, în timp ce bolnavul nu-mai crede în vindecarea lui. Această fază este însoțită și de simptome somatice multiple: insomniile remitente, anorexie, scădere în greutate, dureri precardiace, respirație dificilă, cefalee, gastralgii, limbă saburală, lipsa transpirațiilor și a lacrimilor; deci simptomele vegetative sînt mai mult de tip simpaticotrop. Simptomele depresiei sînt mai accentuate dimineața și dinuună treptat spre seară, de aceea evoluția bolii și aprecierile asupra terapiei e bine să se facă dimineața.

VI. *Depresia de tip neurotic.* După cum afirmă *Kielholz*, orice neurotic, are o predispoziție pentru reacții depresive și depresii de epuizare.

O frustrare a impulsurilor din cauza unei afectivității sărace, lipsa dezmiertării și sprijinului, nesiguranța în copilărie acolo unde în familie nu există o atmosferă armonioasă duce la o personalitate psihică cu apreciate tendințe reactive patologice, care apoi sub influența unor factori favorizanți și declanșatori duce la instalarea unei depresii neurotice. *Horney* și *Fromm*, susțin că rădăcinile acestei depresii neurotice se află în frica de a trebui să trăiești independent, deci ar fi vorba de teama de libertate, independență și responsabilitate.

În general viața unui depresiv neurotic este constituită de un șir de reacții în lanț, deoarece acest gen de bolnavi sînt dependenți de condițiile de mediu, la care condiții reacționează întotdeauna prea puternic. Ei sînt conduși de sentimentele lor, pentru că în funcție de ele, de succes sau insucces, de sentimentul de protecție sau neprotecție, variază și dispoziția lor. Din această cauză neuroticul depresiv va avea un caracter contradictoriu, deoarece plîngîndu-se de nesiguranță și căutînd mereu o protejare de a fi iubit și dezmiertat, se manifestă o altă do-

rință de a se afirma orgolios, distanțarea mindră de oameni, tendințe megalomane, prin care se văd încercările lui de hipercompensare.

În concluzie depresia neurotică este plină de contraste pentrucă oscilează între disperare și hipercompensare, aflându-se la cheremul condițiilor de mediu. Orice eșec agravează dispoziția depresivă. În tabloul ei simptomatic, se pot întâlni intermitent când simptome psihice când organo-vegetative. Aceste depresii sînt declanșate de: eșecuri în fața unor situații dificile, încercări nereușite, conflicte, dar în general acestea nu sînt de intensitate prea mare.

VII. *Depresiile de epuizare.* În acest grup intră acele depresii simple care se instalează după pronunțate și repetate tensiuni emoționale, care nu permit bolnavului să se echilibreze și astfel ducînd la epuizarea lui afectiv-emoțională și nu fizică sau intelectuală. Termenul de depresie de epuizare a fost introdus de *Kluge* și *Bena. Binder* le încadrează în grupa tulburărilor comportamentelor eronate, simple. *Dickgans, Lemke* și *Hempel*, datorită faptului că ele au o foarte bogată simptomatologie organo-vegetativă le-au denumit depresii vegetative. *Burgher-Prinz, Ruffini, Weitbrecht, Schultz* și *Baeyer*, le descriu și ei sub alte denumiri cum ar fi: depresia de dezrădăcinare, distimii endoreactive, depresii existențiale, termeni prin care ei vor să arate că aceste depresii nu țin nici de cele endogene și nici de cele reactive; de fapt epuizarea afectivă se află la mijlocul distanței dintre reactiv și endogen. Această depresie apare cu o frecvență de 82% mai mare la femei, deși la ambele sexe se pot observa chinuitoare și îndelungate tensiuni afective care durează ani de zile. În această depresie spre deosebire de cea de tip neurotic, structura psihică rămîne în acord unitar cu această tensiune și deci nu intervin mascări și fațade false. Depresivii de epuizare sînt leptosomi, scrupuloși, dornici de perfecționare, orgolioși la culme, cu simț de răspundere, pedanți, meticuloși, plini de avînt, încercînd să facă totul singuri și din această cauză ajung într-o mare tensiune afectivă din cauza multor sarcini pe care nu le pot rezolva, deși muncesc mult fără să se odihnească ajungînd pînă la urmă la irascibilitate, conflicte profesionale legate de munca tracasantă și tracasată. Pe lîngă toate acestea se poate adăuga la unii o viață familială destrămată, griji familiale, conflicte erotice, alcoolism și altele. Din anamneza acestor bolnavi se observă că sistemul nervos organo-vegetativ este foarte rezistent, deoarece abia după 6—14 ani cedează, dînd friu liber depresiei, care se instalează cu: irascibilitate, sensibilitate exagerată la excitanții din mediu, oboseală rapidă, insomnie și anxietate; tristețe dureroasă, neliniște, scăderea elanului vital și a impulsurilor volitive, cu multe acuze somatice și vegetative, care îl duc pe bolnav la interpretări și prelucrări hipocondrice începînd să se consulte la mulți medici. Unii din bolnavi ajunși în această fază caută să-și înlătore acuzele somatice și psihice cu alcool, stupefiante, și alte medicamente, de unde un nou pericol pentru ei — cel al toxicomaniei. Pronosticul depresiei de epuizare este bun cu condiția instituirii unui tratament adecvat care să dureze 4—6 săptămîni și să fie continuat 2—4 săptămîni după înlăturarea ultimelor simptome depresive.

VIII. *Depresiile psihoreactive.* Aceste depresii se instalează brusc după evenimente in suportabile, iar starea lor afectivă este legată exclusiv de trăirile declanșatoare, care durează cîteva săptămîni și la sfîrșit îndată ce încetează evenimentul sau cînd bolnavul s-a obișnuit cu trauma care persistă. Între reacția fiziologică normală și trăirea patologică se pot găsi toate nuanțele intermediare. Aceste depresii sînt cele mai frecvente reacții anormale care țin de persoană și ceva mai puțin de mediu. Ele sînt mai frecvente între 16 și 30 de ani. Pînă la 45 de ani reacția depresivă durează în medie 2—3 săptămîni, iar peste această vîrstă, durata ei crește, dar este mai puțin intensă.

Terapia stărilor depresive

Nu este suficient în vederea trecerii la o terapie eficientă diagnosticarea depresiilor numai prin studiul unității nosologice ci este necesar să se facă o ana-

liză minuțioasă a simptomatologiei clinice precum și a factorilor etiologici, clasificându-i ca factori predispozanți, favorizanți și declanșatori. Cu cât o depresie este mai endogenă cu atât predominanța factorilor predispozanți este mai mare și cu cât este mai reactivă cu atât predomină mai mult factorii declanșatori exogeni. Ponderează acestor factori bine analizați dau siguranță în încadrarea formei de îmbolnăvire în careva din formele depresive amintite. Acest fapt confirmat ne va îndruma spre o terapie mai just aleasă pentru forma respectivă. Prima problemă importantă, când avem de examinat un depresiv din punct de vedere al terapiei este pericolul suicidului, care uneori este disimulat de bolnav și care impune întotdeauna internarea cât de grabnică într-o secție de psihiatrie.

1. În depresiile endogene, melancoliei cu o periculozitate mare de suicid, terapia preferată rămâne și azi electroșocul cumulat și protejat medicamentos. După vindecare pentru prevenirea recidivelor, noi instituim un tratament de preîntâmpinare a acestora și putem afirma că avem rezultate bune și în general fără nici o complicație.

2. În depresiile endogene inhibitate, fără anxietate, preferăm timolepticele de tipul imipraminei asociate cu nozinan sau alte tranchilizante majore sau minore. Aplicabilitatea acestei terapii după o justă indicație, nu depășește 20—30% din depresiile endogene.

3. În depresiile cu anxietate ca simptom predominant, preferăm timolepticele de tipul amitriptilinei sau preparate tioxantice (ca truxalul și taractanul), iar din grupa tiroidazinelor (mellerilul), precum și alte anxiolitice din grupele de mai sus.

4. În depresiile involutive recurgem la tot arsenalul terapeutic și după cum am amintit în cele anxioase remitente la orice tratament, am avut un succes terapeutic deosebit cu operația *Hirose* (leucotomie fronto mediană la viziune directă).

5. În depresiile endogene în care de pildă după electroșocuri se instalează imediat o fază maniacală sau în care interfaza este de scurtă durată, reușim de cele mai multe ori cu tratamentul insulinic să stabilim o remisie de durabilitate. Discutăm atât cu bolnavul cât și cu aparținătorii despre modul de viață al bolnavului, rearticularea lui progresivă într-o viață socială activă, în muncă, reconstituind astfel în mod progresiv conștiința și răspunderea personalității lui psihice proprii, în vederea prevenirii oricărei recidive.

6. În depresiile reactive neurotice și de epuizare, baza terapiei noastre o constituie psihoterapia cu cele mai variate metode, începând cu analiza în hipnoză, narcoanaliza cu amital sodic și reconstituirea echilibrului personalității psihice printr-o psihoterapie persuasivă, de resinteză a personalității psihice, deci aplicând-o psihagogie de durată lungă, pînă ce bolnavul nostru reușește singur să-și rezolve problemele, ivite în cursul vieții, care anterior au constituit vreun factor etiologic în declanșarea bolii.

Tratamentul nostru psihoterapeutic se continuă cu un tratament medicamentos, în care ne conducem în general după criteriile tratamentului nevrozelor. În tratamentul medicamentos al acestor forme întrebuițăm și tranchilizante majore, bineînțeles în doze mai mici decît în depresiile endogene, astfel facem uz de melleril, truxal, taractal, minozinan, napoton; combinația „deprol” (adică meprobamat combinat cu benactizin) și altele. Întrebuițăm și o medicație anabolizantă și energizantă cu steroizi anabolizanți, glutarom, vitamine, mai ales combinația B_1 , B_6 și B_{12} , cit și altele.

Efectuînd o examinare completă în toate cazurile de depresie și în acelea în care găsim o boală de bază organică, vom trata în primul rînd boala respectivă, ținînd cont de indicațiile terapeutice de specialitate.

Psihoterapia noastră se extinde în general în vederea asigurării rezultatului terapeutic obținut de noi și asupra mediului social interpersonal al bolnavului, pentru ca el să fie menajat ca un convalescent care uneori poate să aibă unele dificultăți de readaptare în muncă, în familie etc.

Sosit la redacție: 27 iulie 1967.