

Clinica de Psihiatrie (cond.: prof. dr. Gh. Grecu, doctor în medicină)  
din Tîrgu-Mureş

**TEGRETOLUL ÎN TERAPIA ALCOOLISMULUI CRONIC  
(DEZOBIŞNUIRE) ŞI A COMPLICAŢIILOR SALE  
(PREDELIR ŞI DELIR TREMENS)**

*Gh. Grecu, C. Szűcs, Marieta Grecu, P. Binder, A. Kiss*

Un fenomen social negativ în plină extindere îl constituie consumul exagerat de băuturi alcoolice, la care apelează diferite categorii de oameni. Necunoscut de profani, cunoscut — dar subestimat de alţii — este faptul

că alcoolul nu are decît inițial o acțiune stimulatorie, euforizantă și anxio-litică, urmînd apoi, la scurt timp după ingerare, o puternică acțiune deprimantă asupra S. N. C. Să ne fie cu iertare, dar însăși marele HORATIU prin calitățile atribuite vinului: „Ce minuni face vinul? El scoate la iveală secretele, justifică și confirmă speranțele noastre; îi dă încredere lașului pentru bătaie; eliberează mintea îngîndurată de povara ei; inspiră în artă. Pe cine nu l-a făcut elocvent și vesel un pahar!? Pe cine nu l-a scăpat și nu l-a eliberat de sărăcia stîmjenitoare!?”; nu servește deloc la popularizarea efectelor nefaste generate de băuturile alcoolice. Dar aceste fenomene psihice, secundare ingestiei de băuturi alcoolice sînt determinate de inhibarea sau deprimarea cortexului și o dată cu ea a funcțiilor psihice superioare (intelectuale, de autocontrol și autostăpînire), realizînd în același timp o eliberare necontrolată a centrilor nervoși inferiori, ceea ce constituie de fapt o „stimulare aparentă“.

Alcoolul produce încetinirea ritmurilor traseelor electroencefalografice. La pacienții ce abuzează în mod cronic de băuturi alcoolice și care din această cauză ajung frecvent la diferite tablouri psihopatologice acompaniate chiar de crize epileptiforme, se constată o incidență crescută a grafoelementelor de tip comițial. Tocmai datorită deprimării corticale și a posibilității de coborîre a pragului convulsivant sau de activare a unor focare epileptice potențiale, alcoolul este capabil să inducă crize epileptice chiar la subiecții în a căror antecedente nu s-au întîlnit asemenea manifestări. Iată și motivul pentru care trebuie recomandată evitarea strictă a consumului de băuturi alcoolice la cei cu focare epileptogene. Se poate deci deduce faptul că între consumul de alcool și apariția crizelor convulsivante există deseori o corelație de care trebuie să ținem cont atît în terapia de dezobișnuire, cît și a complicațiilor psihotice ale alcoolismului cronic, complicații pe care le întîlnim atît de frecvent în practica psihiatrică.

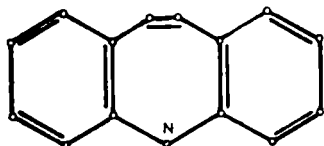
Existența acestor corelații a fost semnalată de: *Amark* (1), *Etzler* (7), *Lereboullet* (9), *Marchand* (12) și *Tchicaloff* (18), dintre care *Lereboullet* a relevat prezența crizelor epileptiforme la 16% din bolnavii spitalizați pentru dezobișnuire, iar *Victor* (19, 20) la 30% din bolnavii cu delir tremens, la care uneori crizele se pot transforma chiar într-un status epilepticus. Mai recent, *Ballenger* (2), *Brune* (6), *Lishman* (10) și *Yassa* (22) afirmă că aceste crize epileptice, precedate și însoțite de accentuate tulburări neurovegetative apar la minimum 15% din cazurile cu predelir sau delir tremens.

Crize epileptiforme am întîlnit și noi într-un procentaj de 14% în delirul tremens și 7% în perioadele de abinență la bolnavii spitalizați pentru dezobișnuire. În aceste cazuri în producerea crizelor epileptice intervin probabil unele tulburări metabolice, hidroelectrolitice sau și unele focare epileptice latente pînă în perioada intervenției alcoolului ca factor favorizant și declanșator precum și reactivarea unor factori predispozanți spre asemenea fenomene. Crizele epileptiforme legate de consumul de alcool au un mecanism patogenetic complex, dar încă neelucidat. Mulți autori consideră că ele sînt generate în primul rînd de scăderea pragului convulsivant al S. N. C. Aceste crize care pot preceda instalarea complicațiilor psihotice ale alcoolismului, pot constitui uneori doar semne ale abinenței, apărute la cîteva zile de la întreruperea ingestiei de băuturi

alcoolice, realizată fie în condiții de spitalizare pentru dezobișnuire, fie în alte situații în care subiectul, din diferite motive, nu poate sau nu dorește să apeleze la alcool.

Observând incidența destul de ridicată a crizelor epileptiforme, întilnită la bolnavii alcoolici la care s-a demonstrat deja existența unui prag convulsivant scăzut, s-a preconizat încă cu câțiva ani în urmă administrarea unor preparate anticonvulsivante, cu rezultate bune. *Brune* (6) a publicat o serie de rezultate bune obținute prin administrarea Carbamazepinei la acești bolnavi.

Carbamazepina, a cărei denumire chimică: 5-Carbamyl—5H-dibenzol (b.f) azepin, este o substanță triciclică cu o puternică acțiune anticonvulsivantă, ușor psihotropă și analgezică, fiind o bună echilibratoare a dispoziției. Ea contribuie la ameliorarea psihică, în special a fenomenologiei depresive întilnită atât de frecvent în epilepsii (3, 4, 8, 11, 14, 15, 21 și 22).



CO-NH<sub>3</sub>

Observațiile lui *Brune* (6), referitoare la creșterea excitabilității și a labilității pragului convulsivant al S.N.C. sub acțiunea consumului de alcool sau în perioada de abinență, sînt în plină concordanță cu cercetările cantitative ale lui *Mc Quarrie* și *Fingl* (13). Ultimii autori au semnalat faptul că o dată cu creșterea ingestiei de alcool se întilnește la început o ridicare de circa 5 ori a pragului convulsivant, în timp ce paralel cu diminuarea alcoolemiei o scădere accentuată a acestui prag, favorizînd astfel apariția crizelor epileptiforme.

Pornind atît de la calitățile Tegretoului, cît și de la rezultatele pozitive semnalate de numeroși autori (2—9, 11, 13, 17, 19—22), considerăm că introducerea acestui preparat în terapia predelirului, delirului tremens și a dezintoxicării alcoolice, precum și urmărirea eficacității ei este motivată.

### Material și metodă

În scopul reducerii incidenței crizelor epileptiforme și a ameliorării stării psihoafective și somatice, începînd cu anul 1970, la un număr de 66 bolnavi internați cu predelir sau delir tremens, și la 54 pentru dezobișnuire, am trecut la administrarea Tegretolului (Carbamazepinei) în doze medii de 600 mg/zi, administrate în 3 prize. După 10 zile doza s-a redus treptat în așa fel încît după alte 15—20 zile preparatul a fost scos din terapia bolnavilor. Menționăm că în funcție de starea psihosomatică, gravă sau mai puțin gravă, am apelat și la alte preparate ca de pildă: cardio-tonice, antibiotice, hipnotice, vitamine, Stricnină 1 sau 2 la mie, mecopar, crelinzin, la care în ultima perioadă am mai adăugat: Propranolol, Calciu, Aspatofort, Pyramem. Medicația s-a administrat de obicei pe cale orală sau sub formă injectabilă și mai rar în soluții prefuzabile, fără a administra alte antiepileptice. O dată cu depășirea perioadelor critice, dozele și însăși combinațiile medicamentoase erau reduse la minimum, apelînd în schimb la psihoterapie individualizată sau de grup, în vederea unei recuperări familiale și profesionale cît mai durabile și cît mai rapide.

## Rezultate și discuții

Semnalăm faptul că din cei 120 bolnavi, cărora le-a fost administrat Tegretol, majoritatea erau bărbați, adică 77<sup>0</sup>/<sub>0</sub>(92) și numai 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub> femei. Limitele de vîrstă pentru ambele sexe sînt cuprinse între 22 și 65 ani. Repartizarea bolnavilor în raport cu tablourile psihopatologice prezente la internare ne-a dat un procentaj de: 47<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pentru cei cu delir tremens, 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pentru cei cu predelir tremens și 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pentru cei ce s-au internat în scopul efectuării unei cure de dezobișnuire. Din totalul bolnavilor, 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub> se aflau la primul lor delir tremens, 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la al doilea, 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la al treilea și 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la al patrulea, iar intervalele dintre aceste delire s-au limitat în medie la doi ani. Limitele de durată a excesului de băuturi alcoolice, la bolnavii studiați, sînt cuprinse între 2 ani pentru cei tineri și 20 de ani pentru cei aflați peste decada a 4-a de viață. Referitor la băuturile preferate 63<sup>0</sup>/<sub>0</sub> au apelat la băuturi concentrate (țuică, coniac, whisky, vodcă, lichioruri), 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la vin și 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la bere. De obicei majoritatea bolnavilor (70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) nu s-au rezumat numai la băuturile alcoolice preferate ci consumau de toate.

Instalarea stării predelirante sau delirante însoțită și de o bogată simptomatologie neurovegetativă, a fost precedată în 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din cazuri de crize epileptiforme, crize care o dată cu instalarea și evoluția delirului tremens au ajuns la o incidență de 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Crizele epileptiforme au agravat și mai mult starea somatopsihică a bolnavilor respectivi, favorizînd uneori instalarea unor simptome korsakoviene tranzitorii.

De remarcat faptul că 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din bolnavii care s-au internat pentru efectuarea curei de dezobișnuire de băuturi alcoolice, au prezentat anterior spitalizării crize epileptiforme; aceste accese au speriat atît aniiurajul cît și pe cei în cauză, solicitînd astfel internarea și dezalcoolizarea. Acest fenomen constituie un punct de plecare și de sprijin eficient în psihoterapia rațională și familială, cu mari șanși de izbîndă în vederea renunțării definitive la consumul de băuturi alcoolice.

Din observațiile noastre rezultă că prin ridicarea pragului convulsivant, Tegretolul are o eficiență bună, reducînd sau înlăturînd apariția crizelor epileptiforme, iar prin acțiunea sa psihotropă de influență pozitivă a dispoziției, de obicei trist-morocănos-axioasă, contribuie și la ameliorarea globală a fenomenologiei psihopatologice și somatice caracteristice predelirului sau delirului tremens. Aceleași efecte le are Tegretolul și în perioada terapiei de dezobișnuire. La majoritatea bolnavilor ce au prezentat crize epileptiforme, investigațiile electroencefalografice au evidențiat unele anomalii paroxistice: un ritm alfa slab reprezentat, bufeuri de unde lente ample, localizate sau difuze și mai rar complexe de vîrf 3 c/s. Aceste anomalii după 10—15 zile de la administrarea a 3 comprimate de 200 mg Tegretol pe zi, în cele mai multe cazuri au dispărut, iar în celelalte s-au redus foarte mult.

Episoadele psihotico-onirice s-au dizolvat, în medie, pe parcursul a 3 zile, cînd conștiința a devenit lucidă și eficientă în privința adaptării armonioase a bolnavului la condițiile de mediu. Legat de confuzia onirică trebuie să semnalăm faptul că în primele 2—3 zile s-au estompat și dispărut treptat halucinațiile, iluziile și delirul profesional, clarificîndu-se în același timp și conștiința (în primul rînd a EU-lui și apoi rapid a non-Eu-lui).

Făcînd o analiză comparativă a stării somatice existente la internare, cu cea de la externare, am constatat o creștere ponderală de 5 kg (în medie) la 75% din bolnavi, probele de disproteinemie s-au ameliorat, iar tulburările cardiocirculatorii și neurovegetative s-au ameliorat și ele la toți bolnavii. Pe lîngă cele de mai sus, cu toate efectele pozitive, evidențiem și faptul că la 9 dintre bolnavi am întîlnit unele fenomene secundare, din care amintim: inapetența, grețuri, cefalee, somnolență, iar la 3 bolnavi: erupții cutanate, fenomene care pe măsura reducerii dozei, au dispărut.

### Concluzii

Cercetarea eficienței Tegretolului s-a efectuat asupra unui număr de 120 bolnavi internați în clinică cu predelir, delir tremens sau pentru dezalcoolizare, bolnavi care într-o proporție de 22% au prezentat (anterior internării sau în timpul internării) crize epileptiforme. Reducerea incidenței crizelor epileptiforme se realizează prin acțiunea eficientă a preparatului de a ridica pragul convulsivant pe care abuzul de băuturi alcoolice îl denivelase, facilitînd astfel chiar în perioadele de abținere apariția frecventă a manifestărilor convulsivante.

Concomitent cu acțiunea anti-epileptică, Tegretolul mai are și efecte psihotrope de ameliorare și echilibrare a dispoziției și a altor funcții psihice și motorii ajungîndu-se astfel după un interval de 10—12 zile la un echilibru psihomotor și vegetativ la peste 88% din bolnavii internați. În urma acestor observații, putem aprecia în mod pozitiv eficacitatea terapeutică a Tegretolului (Carbamazepinei) în tratarea complicațiilor alcoolismului, în special în cele în care apar și crize epileptiforme.

### Bibliografie

1. *Amark C.*: A study in Alcoholism. Munksgaard, Copenhagen, 1951;
2. *Ballenger C.J.*, *Post M. R.*: Am. J. Psychiat. (1980), 137, 282;
3. *Ban A. T.*: Psychopharmacology. Williams & Wilkins, Baltimore, 1969;
4. *Blom S.*: Arch. Neurol. (Chicago), 1963, 9, 285;
5. *Erkki R.*, *Laila M.*: Acta Psychiat. Scand. (1981), 64, 254;
6. *Brune F.*: Nervenarzt (1966), 37, 415;
7. *Etzler E.*: Arzneimittel-Forsch. (1969), 19, 988;
8. *Lehmann H. E.*, *Ban T. A.*: Clin. Pharmacol. (1968), 3, 231;
9. *Lereboullet J.*: Rev. Prat. (1964), 14, 4, 449;
10. *Lishman A. W.*: Organic Psychiatry, Blackwell Sci. Publ., London, 1978;
11. *Lutz E. G.*: Dis. Nerv. Syst. (1966), 27, 600;
12. *Marchand L.*: Maladies mentales, Legrand, Paris, 1939;
13. *Mcquarrie D. C.*, *Fingl E.*: Pharmacol. (1958), 124, 264;
14. *Predescu V.*: Terapia psihotropă, Ed. medicală, București, 1968;
15. *Predescu V.*: Psihiatrie, Ed. medicală, București, 1976;
16. *Pynnönen S.*, *Sillanpää M.*, *Frey H.*: Epilepsia (1976), 17, 67;
17. *Ruth F.*: Am. J. Psychiat. (1967), 123, 7, 769;
18. *Tchicaloff M.*, *Pennetti F.*: Schweiz med. Wschr. (1963), 93, 1664;
19. *Victor M.*, *Adams R. D.*: The effect of alcohol on the nervous system. Williams & Wilkins, Baltimore, 1953;
20. *Victor M.*: Psychosomatic med. (1966), 28, 636;
21. *Wisser S.*: Fortschr. Neurol. Psychiat., (1965), 33, 349;
22. *Yassa R.*: Psychiat. J. Univ. Ottawa (1982), 7, 4, 252.

Sosit la redacție: 1 iulie 1983

*Gh. Grecu, C. Szűcs, Marieta Grecu, P. Binder, A. Kiss*

### **TEGRETOL IN TREATING CHRONIC ALCOHOLISM (DISACCUSTOMING) AND ITS COMPLICATIONS (PREDELIRIUM AND DELIRIUM TREMENS)**

From 1970 to 1982, Tegretol (Carbamazepine) administration had good results in 120 patients hospitalized for disaccustoming and for various complications of chronic alcoholism (predelirium and delirium tremens). Most of these patients showed epileptiform fit, too. The administration of this preparation during the first 10 days was being carried out in 3 doses (200 mg each), then reducing it gradually so that after the other 10—15 days the preparation was removed from the therapy of the patients.

The good results obtained in 88% the cases enable us to affirm that Tegretol administration in these conditions is very useful and effective, contributing at the same time not only to the reduction and elimination of the convulsant manifestations but also to the equilibration of affective disposition.

We think that the preparation may be used in preventing epileptiform fits, too, in the patients who drink heavily, finally getting into various units of psychiatry.

---