

STUDIU ASUPRA APLICĂRII ACUPUNCTURII ÎN NEVROZE

M. LĂZĂRESCU, O. NICOARĂ, RODICA NOVAC

(Clinica Psihiatrică Timișoara — Dr. M. LĂZĂRESCU)

30 de pacienți (18 femei și 12 bărbați) suferind de diverse forme clinice de nevroză au fost tratați prin acupunctură, abordarea lor clinico-terapeutică a fost dublă: pe de-o parte au fost examinați din unghiul de vedere al psihiatriei clinice (examen clinico-testologic), pe de altă parte din unghiul de vedere al medicinei tradiționale chineze. S-au practicat 6 ședințe, o ședință la 2 zile, punctele au fost selectate în funcție de perturbările energetice ale fiecărui pacient. Rezultatele au fost analizate după două luni. Cu toate că terapia a fost scurtă, rezultatele au fost încurajatoare, la 20 de pacienți rezultatele au fost foarte bune și bune (66,6%), 4 pacienți au răspuns satisfăcător (13,3%), iar 6 pacienți (20%) nu au răspuns. Cele mai bune rezultate le-am obținut în anxietate, depresie și insomnie, iar cele mai slabe în isterie.

Curînte cheie: acupunctură
nevroză

Acupunctura, metodă terapeutică milenară, utilizată în cele mai variate domenii ale medicinei, a început să fie aplicată și în psihiatrie, ca o metodă alternativă posibilă a medicației psihotrope care, cu toate avantajele incontestabile, prezintă și o serie de inconveniente, unele majore.

Energia (în viziunea medicinei tradiționale chineze) circulă în organismul uman prin niște căi de comunicație numite meridiane. Pe traiectul meridianelor se găsesc proiecții punctiforme cu localizare dermoepidermică care au anumite proprietăți (rezistență electrică scăzută, fenomene de electro-luminiscentă) (2) și asupra cărora se acționează fie cu ajutorul acelor, fie cu ajutorul temperaturii crescute (termogeno-terapie). S-a ajuns la concluzia că acul de acupunctură este un vector de programare, un electrod cu funcțiuni multiple, prin intervenția căruia, în puncte bine stabilite, se reechilibrează perturbările energetice care au provocat boala (9).

Mecanismul de acțiune al acupuncturii începe să fie, în parte, elucidat. S-au descoperit dovezi ale acțiunii acupuncturii prin SNC (11), SNV (11), a neuromediatorilor (11), a prostaglandinelor. Faptul că terapia prin acupunctură nu este nici sugeție și nici placebo-terapie a fost confirmat de cercetările de acupunctură veterinară (4).

Am considerat util să introducem terapia prin acupunctură în unele boli psihice, avînd în vedere experiența personală (6, 7, 11) a autorilor (8) cît și rezultatele încurajatoare comunicate pînă acum.

Ținînd seama de rezultatele obținute în unele boli psihice prin aplicarea științifică a acupuncturii, rezultate cu nimic inferioare altor metode terapeutice, am încercat să urmărim posibilitățile de aplicare mai largă a acestei terapii în cadrul Staționarului de zi și a Clinicii Psihiatrice Timișoara. Comunicăm cu acest prilej primele noastre încercări și rezultate obținute.

Metoda de lucru. Cazurile selecționate au fost din patologia de tip nevrotic. S-a instituit o singură cură de tratament de 6 ședințe, cîte o ședință la 2 zile. Ca medicație adjuvantă am folosit doar tonice și roborante. S-a făcut o evaluare catamnestică la 2 luni.

CONCLUZII

Prin trăsăturile de ordin personologic-caracterologic, cazul prezentat are particularitatea: a) de a nu se încadra ferm în nici una din categoriile tipologice nosologice ale ICD-9 și DSM-III; b) de a prezenta trăsături aparținând tuturor tipurilor specificate, de maniera unei pan-psihopatii. Opinia autorului este că un astfel de caz este încadrabil doar într-o formă particulară de personalitate borderline, în accepțiunea cea mai largă a acestei categorii diagnostice psihiatrice.

PSYCHIATRICAL TYPOLOGICAL DIAGNOSIS PROBLEMS POINTED OUT BY A PSYCHOPATHIC PERSONALITY CASE

SUMMARY

The paper presents the significant clinical and paraclinical data of a psychopathic personality case treated in the Psychiatric Clinic of Timișoara since 1978. This case has the peculiarity of being difficult to be integrated typologically on the basis of the diagnosis criteria within ICD-9-OMS. The difficulties which derive from the own insufficiencies of the above mentioned working instrument as well as the peculiarities of the individual case in discussion — are presented and interpreted. The possibilities of a typological diagnosis depending on other classical standardized or non-standardized criteria but compatible with ICD-9 are also discussed — in the sense of establishing some agreement with the nosological categories of the last one. In the end is presented the author's opinion concerning an alternative of typological diagnosis.

BIBLIOGRAFIE

- 1) W.H.O. — *Mental Disorders*: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases" (ICD-9), 38—42, WHO, Geneva, 1978.
- 2) A.P.A. — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* 305—331, Library of Congress, Washington D.C., 1980.
- 3) J. P. FEIGHNER et al. — Diagnostic criteria for use in psychiatric research; *Archives of General Psychiatry*, T. 26, nr. 1, 1972; pp. 57—63.
- 4) R. L. SPITZER, J. ENDICOTT, E. ROBINS — *Research Diagnostic Criteria (RDC)* NIMH, ed. III, 1978.
- 5) K. SCHNEIDER — *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*, Franz Deuticke, Wien, 1950.
- 6) J. MODESTIN — *Borderline — a concept analysis*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, T. 61, 1980, pg. 103—110.

RECENZIE

COPILUL HIPERACTIV

J. G. MILLICHAP

Triangle, *Journal Sandoz des Sciences Médicales*, 1983, 23, 1/2, 25

Comportamentul hiperactiv se caracterizează printr-o stare de agitație motorie inutilă și fără scop. Această activitate aleatorie, excesivă, modifică în sens negativ atenția și capacitatea de concentrare a copilului, împiedicându-l să efectueze acțiuni bine structurate. Caracteristica comportamentală care diferențiază copilul hiperactiv de copilul normal, este imposibilitatea acestuia de a-și menține atenția asupra unor activități sau scopuri determinate. Comportamentul hiperactiv este caracteristic sindroamelor cu disfuncție cerebrală minimă și apare frecvent ca simptom complementar în tulburările de percepție, ca manifestare a anxietății, a depresiei și a unor psihoze infantile. Incidența acestei tulburări este apreciată diferit, acceptându-se valori cuprinse

între 0,1% și 10% dintre copiii de 5—12 ani.

Determinismul este plurietologic, menționându-se factorii cauzali cunoscuți, alți prezumtivi cum ar fi antecedentele lezionale prenatale, perinatale sau postnatale. Alte cauze posibile implicate sînt: modificări biochimice, mai ales în metabolismul catecolamineilor, factorii genetici și retardarea maturării cerebrale.

Tratamentul trebuie să fie polivalent, cuprinzînd pe lîngă tratamentul medicamentos, sfaturi acordate familiei și copilului, tentative de modificare a comportamentului și o educație dirijată. Regimurile alimentare speciale fără tratament adițional și o vitaminoterapie intensivă, au o valoare contestabilă, efectul lor fiind incert.

Dr. FELICIA ROMOȘAN

Pacienții au beneficiat, în plus, în cadrul staționarului, de terapie prin relaxare și socioterapie.

Diagnosticul a fost pus în două maniere diferite. În primul rând s-a pus un diagnostic psihiatric, cu o minuțioasă listă de simptome, cât și desemnarea structurii caracteriale. Pentru evaluarea nuanțată a acestora, s-a recurs și la examene testologice (scalele Beck pentru depresie și Hamilton pentru anxietate) și testul Lüscher al culorilor. În al doilea rând, pacienții au fost examinați din punctul de vedere al stării energetice, prin examenul pulsului radial care dă indicații asupra stării energetice a meridianelor, fapt demonstrabil, în literatură, sfigmografic (5) și prin examenul feței și abdomenului, precum și a pulsurilor revelatoare pentru starea energetică a organelor și viscerelor. În plus, s-a căutat decelarea altor indici de perturbare energetică pe alte zone ale corpului.

Modul de alegere a punctelor a fost individualizat în funcție de pacient, în funcție de simptomele prezentate și de rezultatul examinării energetice. Într-o primă etapă am căutat să echilibrăm dezechilibrele energetice de fond și în a doua etapă și celelalte perturbări energetice. Am folosit în principal tehnica tonifierii, principiu mai util decât a dispersiei, întrucât permite un control mai bun al circulației energetice. Am folosit atît punctele Iu (asentiment) și Mo (alarmă) a organelor, cît și o serie de puncte complementare de pe ramura a doua a meridianului vezicii urinare (V₄₂, 44, 47, 50, 52) precum și o serie de puncte cunoscute ca avînd o acțiune asupra psihicului (C₃, 5, VG₂₀, VS₆). În plus, am tratat și tulburările somatice asociate (spondiloze, migrene, nevralgii).

Rezultate și discuții. Au fost tratate 30 de cazuri, 18 femei și 12 bărbați, cu limită de vîrstă între 26 și 56 de ani și cu o vechime a bolii între 2 luni și 10 ani. S-au notat lista de simptome și rezultatul examinării energetice precum și rezultatul examenului testologic. Dintre pacienți, 9 prezentau nevroză predominant anxioasă, 4 nevroză asteno-cenestopată, 10 nevroză depresivă, 6 nevroză predominant isterică, 1 caz de nevroză fobică. Rezultatele au fost grupate pe baza următoarelor criterii:

a) Foarte bune: — ameliorarea considerabilă a simptomelor psihopatologice și a perturbărilor energetice; — modificări testologice evidente; — evoluție clinică bună, cel puțin 35—60 de zile fără nici o medicație. b) Bune: — ameliorare notabilă a simptomatologiei psihopatologice și energetice, cu persistența unor simptome: — modificări testologice; — evoluție bună cel puțin 14 zile de la încetarea terapiei fără medicație. c) Satisfăcătoare: — ameliorarea unor simptome, dar cu persistența unor acuze principale; — modificări testologice minime; — ameliorarea unor perturbări energetice; — evoluție bună timp de o săptămînă de la încetarea tratamentului. d) Eșec.

Cazurile sînt sistematizate în tabelul de mai jos:

Tipul de nevroză	Nr. cazuri	Rezultate			
		F. bune	Bune	Satisfăcătoare	Eșec
Nevroză anxioasă	9	6	2	1	—
Nevroză asteno-cenestopată	4	3	—	—	1
Nevroză isterică	6	—	1	1	4
Nevroză asteno-depresivă	10	3	4	2	1
Nevroză fobică	1	1	—	—	—
TOTAL	30	13	7	4	6

Din totalul de 30 de pacienți, 13 au avut o evoluție foarte bună (43,3%), 7 o evoluție bună (23,3%), 4 o evoluție satisfăcătoare (13,3%), iar 6 nu au răspuns la tratament (20%).

Concluzii. Cazurile de nevroză anxioasă, astenică și depresivă au răspuns bine la tratament. Rezultatele cele mai slabe le-am înregistrat în cazurile de nevroză isterică.

Considerăm că rezultatele sînt încurajatoare, prin numărul mare de rezultate foarte bune și bune (20 de pacienți, adică 66,6%) cît și prin faptul că nu am înregistrat fenomene secundare notabile sau vreun caz de agravare.

De asemenea considerăm că acupunctura nu este o terapie de tip placebo, iar evoluția bună a pacienților nu se datorează numai celorlalte modele terapeutice (socioterapie, relaxare) din următoarele motive:

CONCLUZII

Prin trăsăturile de ordin personologic-caracterologic, cazul prezentat are particularitatea: a) de a nu se încadra ferm în nici una din categoriile tipologice nosologice ale ICD-9 și DSM-III; b) de a prezenta trăsături aparținând tuturor tipurilor specificate, de maniera unei pan-psihopatii. Opinia autorului este că un astfel de caz este încadrabil doar într-o formă particulară de personalitate borderline, în accepțiunea cea mai largă a acestei categorii diagnostice psihiatrice.

PSYCHIATRICAL TYPOLOGICAL DIAGNOSIS PROBLEMS POINTED OUT BY A PSYCHOPATHIC PERSONALITY CASE

SUMMARY

The paper presents the significant clinical and paraclinical data of a psychopathic personality case treated in the Psychiatric Clinic of Timișoara since 1978. This case has the peculiarity of being difficult to be integrated typologically on the basis of the diagnosis criteria within ICD-9-OMS. The difficulties which derive from the own insufficiencies of the above mentioned working instrument as well as the peculiarities of the individual case in discussion — ore presented and interpreted. The possibilities of a typological diagnosis depending on other classical standardized or non-standardized criteria but compatible with ICD-9 are also discussed — in the sense of establishing some agreement with the nosological categories of the last one. In the end is presented the author's opinion concerning an alternative of typological diagnosis.

BIBLIOGRAFIE

- 1) W.H.O. — *Mental Disorders*: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases (ICD-9), 38—42, WHO, Geneva, 1978.
- 2) A.P.A. — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* 305—331, Library of Congress, Washington D.C., 1980.
- 3) J. P. FEIGHNER et all. — Diagnostic criteria for use in psychiatric research; *Archives of General Psychiatry*, T. 26, nr. 1, 1972; pp. 57—63.
- 4) R. L. SPITZER, J. ENDICOTT, E. ROBINS — *Research Diagnostic Criteria (RDC)* NIMH, ed. III, 1978.
- 5) K. SCHNEIDER — *Die Psychopatischen persönlichkeiten*, Franz Deuticke, Wien, 1950.
- 6) J. MODESTIN — *Borderline — a concept analysis*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, T. 61, 1980, pg. 103—110.

RECENZIE

COPILUL HIPERACTIV

J. G. MILLICHAP

Triangle, Journal Sandoz des Sciences Médicales, 1983, 23, 1/2, 25

Comportamentul hiperactiv se caracterizează printr-o stare de agitație motorie inutilă și fără scop. Această activitate aleatorie, excesivă, modifică în sens negativ atenția și capacitatea de concentrare a copilului, împiedicându-l să efectueze acțiuni bine structurate. Caracteristica comportamentală care diferențiază copilul hiperactiv de copilul normal, este imposibilitatea acestuia de a-și menține atenția asupra unor activități sau scopuri determinate. Comportamentul hiperactiv este caracteristic sindroamelor cu disfuncție cerebrală minimă și apare frecvent ca simptom complementar în tulburările de percepție, ca manifestare a anxietății, a depresiei și a unor psihoze infantile. Incidența acestei tulburări este apreciată diferit, acceptându-se valori cuprinse

între 0,1% și 10% dintre copiii de 5—12 ani.

Determinismul este pluri etiologic, menționându-se factorii cauzali cunoscuți, alți prezumtivi cum ar fi antecedentele lezionale prenatale, perinatale sau postnatale. Alte cauze posibile implicate sînt: modificări biochimice, mai ales în metabolismul catecolaminei, factorii genetici și retardarea maturării cerebrale.

Tratamentul trebuie să fie polivalent, cuprinzînd pe lîngă tratamentul medicamentos, sfaturi acordate familiei și copilului, tentative de modificare a comportamentului și o educație dirijată. Regimurile alimentare speciale fără tratament adițional și o vitaminoterapie intensivă, au o valoare contestabilă, efectul lor fiind incert.

Dr. FELICIA ROMOȘAN