

17.4. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE

Traumatismele cranio-cerebrale care determină la om tulburări psihice acute și cronice sechelare pot fi închise sau deschise. După felul leziunii se grupează: comoții, contuzii și compresiuni.

Simptomele acute ale traumatismelor craniene sunt concretizate pe prim-plan prin pierderea cunoștinței pe o durată mai scurtă sau mai lungă, mai ușoară sau mai profundă, mergând de la obnubilare la comă traumatică. La ieșirea din comă sau chiar în comoțiile mai ușoare, bolnavul poate desfășura un delir traumatic cu halucinații vizuale sau agitație psihomotorie cu caracter ocupațional. Psihozele acute traumatice survin imediat după traumatism sau după un interval liber și durează câteva zile. După delirul traumatic poate urma sindromul Korsakov, caracterizat prin tulburări de memorie, confabulație. El se vindecă în 2 - 3 săptămâni sau se cronicizează, precedând demența traumatică. Tulburările psihice tardive determină mai des internarea pacienților în serviciile de psihiatrie, după ce neurochirurgia și neurologia și-au spus cuvântul.

Tulburările psihice tardive posttraumatice sunt:

cerebrastenia posttraumatică, sechelă ce scoate din muncă, prin pensionare de invaliditate, pe cei ce au suferit grave traumatisme cranio-cerebrale;

- *epilepsia posttraumatică* simptomatică;

- *demența posttraumatică* - aceste ultime tulburări constituind de asemenea cauze de invaliditate psihică.

17.5. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN TUMORILE CEREBRALE

Tumorile intracraniene dau tulburări psihice, care, fiind binecunoscute, pot fi diagnosticate nu rareori chiar în serviciile de psihiatrie și îndrumate spre secțiile de neurochirurgie

Obnubilarea, torporea, bradipsihia, crizele comițiale, stările de vis patologic sunt semne

psihice care însoțec hipertensiunea intracraniană din tumorile cerebrale.

Tumorile frontale determină o stare de dispoziție crescută, de euforie ("moria"), care amintește de sindromul maniacoal.

Tumorile temporale pot determina stări crepusculare, halucinații gustative, olfactive.

Tumorile parietale se întovărășesc de tulburări senzitive, apraxie.

Tumorile occipitale dau agnozii, halucinoze vizuale.

Tumorile bazei creierului dau mutism akinetic, confuzie mentală, sindrom Korsakov.

Ut,

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 701

17.6. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN AVITAMINOZE

Regimul alcătuit nejudicios, prin lipsa din alimentația zilnică a unor vitamine importante, poate provoca tulburări psihice caracteristice. Datorită carenței vitaminei PP și vitaminelor din grupul B, pelagra, pe lângă dermite și tulburări digestive caracteristice, se însoțește și de tulburări psihice: astenie, depresiune, cefalee, la începutul bolii. Simpto-mele evoluează uneori de la tulburări neurosteniforme la psihoze cu tulburări de conștientă, delir, halucinații și până la delirul acut, caracterizat prin febră (40°), transpirații, puls și respirație accelerate, azotemie și moarte. Alteori, tabloul este de melancolie ipohondrică ce conduce la sinucidere prin înecare, din cauza halucinațiilor vizuale cu imagini de foc. Alteori, evoluează spre cronicizare. Tratamentul curativ este cel etiologic, cu vitamine, complex B, PP (amida acidului nicotinic), vitamina C.

Avitaminoza B₁ se poate manifesta pe plan psihic prin tulburări neuroastenice. avitaminoza B₁₂ realizează sindromul neuro-anemic cu somnolență, astenie sau stare de excitație maniacoală. Toate acestea cedează la administrarea vitaminei care a lipsit un timp mai îndelungat din alimentație.

17.7. NEUROLUESUL (SIFILISUL CEREBRAL)

Sifilisul poate provoca foarte rar tulburări psihice în primele două perioade. Astfel, au fost descrise în perioada șancrului, stări depresiv-anxioase reactive, destul de grave, cu sfârșit suicidal. În perioada secundară s-au descris de asemenea stări depresiv-anxioase, preocupări ipohondrice, stări halucinatorii, care sunt declanșate de atingerile menigo-encefalitice specifice. Neuroluesului se datoresc tulburările psihotice majore descrise în cursul sifilisului cerebral, al tabesului și al paraliziei generale progresive. Astăzi, la noi în țară, grație măsurilor curativo-profilactice exercitate de centrele antiveneriene, neuro-luesul este o raritate, așa încât numai o proporție de 3% din cei care au suferit o infecție primară luetică fac neurolues.

17.7.1. SIFILISUL CEREBRAL

Este realizat de lezarea de către spirochetă a vaselor creierului, provocând arterite cerebrale luetice, procese meningitice și inflamații gomoase difuze encefalice, responsabile de accidentele vasculare congestive sau ictusuri, traduse clinic prin pareze, paralizii, afazii, crize de epilepsie jacksoniană, de stări confuziv-onirice. În general, în sifilisul cerebral, oricare ar fi nivelul leziunilor anatomopatologice, fenomenele psihice sunt reversibile, ele acționând bine la tratamentul antiluetic, bolnavul păstrând autocritica și conștiința bolii sale. Sifilisul cerebral este un precursor al meningoencefalitei luetice difuze: prin vasele atacate de infecția luetică, sifilisul cuprinde în câțiva ani celula nervoasă, parenchimul nervos, realizând P.G.P.

17.7.2. PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ

Paralizia generală progresivă este o meningoencefalită cronică difuză, cu etiologie luetică, care favorizează pe plan clinic evoluția spre demență. La adult apare la câțiva ani

702 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

după prima infecție. Incubația este cu atât mai lungă, cu cât luesul a fost contractat la o vârstă mai tânără, variind între 5 și 35 de ani. Mai frecvent la bărbați decât la femei, apare numai la cei ce nu au efectuat tratamentul susținut în primii ani ai infecției luetice, la organisme sensibilizate de boli infecțioase sau toxice (alcoolism), surmenate, subnutrite. Bayle a descris

prima dată P.G.P. cu o etiologie specifică în 1822.

Leziunile anatomopatologice sunt caracterizate prin procese de meningoencefalită cronică difuză și de perivascularitate.

Simptomatologie: evoluția paraliziei generale progresive trece prin trei stadii: debut, stare și faza de marasm, care duce la exitus.

Debutul P.G.P. este de obicei lent, leziunile precedând cu mult apariția fenomenelor clinice. Se descriu mai multe forme de debut:

- a) Debutul prin scăderea progresivă a funcțiilor psihice, în care bolnavul începe să se plângă de tulburări de memorie, de atenție, de fatigabilitate. Cei din jurul său observă că acesta prezintă importante tulburări ale simțului moral, ale judecății. Exemplu: un contabil face greșeli de calcul în scriptele de serviciu, firă să-și dea seama; o gospodină pune sodă de rufe în mâncare, în loc de sare; un acar uită să schimbe acele și provoacă accidente.
- b) Debutul delictual, prin tulburări de comportament: bolnavul, până la data apariției bolii fiind decent, calculat, deodată intră în conflict cu societate și autoritățile, prin tulburări de comportament; se exhibă în public, comite acte de atentat la bunele moravuri, violuri, scandaluri, comite furturi absurde "în văzul lumii", fără a-și lua măsurile de precauție - mai mult, cere ajutor chiar milițianului pentru a transporta obiectele furate etc.
- c) Debutul depresiv: bolnavii își schimbă starea de dispoziție nemotivat, devin abătuți, fără inițiativă, nu participă la viața din jur, au mimică depresivă (fig. 81).

:■■:,-. ■ ■■ /"-;■

■ ...JMMI

: ■■-'''■■'■ ■

Fig. 81 - Paralizie generală progresivă. Mască paralizică.

d) Debutul expansiv se caracterizează printr-o timie crescută; bolnavul este jovial, lo-goreic, foarte mulțumit de tot ceea ce întreprinde, se crede mai sănătos ca oricând, bogat și puternic.

e) Debutul confuzional este ocazionat de ingerarea de alcool, ca și debutul delirant, mult mai rar întâlnit, bolnavul fiind incoerent, absurd, labil.

Perioada de stare cuprinde o multitudine de simptome pe care le putem grupa în trei sindroame caracteristice: a) sindromul psihic; b) sindromul neurologic; c) sindromul umoral.

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 703

Tulburările psihice în perioada de stare sunt o amplificare a celor întâlnite la debutul bolii. Halucinațiile se constată în forma expansivă, atunci când se asociază și alcoolismul. Memoria este funcția psihică ce se degradează repede, realizând amnezia antero-retro-gradă. Bolnavul nu poate fixa achizițiile recente și treptat pierde și din bagajul de cunoștințe dobândite înainte de boală. Astfel se explică și gravele dezorientări ale bolnavilor, mai ales în spațiu - se pierd rătăcind pe străzi, uneori nerecunoscându-și nici casa. Gândirea suferă modificări de scădere profundă, mai ales privind funcțiile supericare de sintetizare și abstractizare, de raționament, dar uneori chiar de calcul simplu, aritmetic. Ea poate suferi și modificări de conținut, devenind parazitată de idei delirante, specifice P.G.P.-ului. În forma expansivă a bolii, pacientul devine jovial, încrezător în puterile sale mai mult decât o dovedește realitatea, desfășurând un delir cu temă de mărire, avuție, filantropie - cispus să ofere oricui case, mașini, bani, aur. Tot cu aceeași ușurință cere însă o țigară primului venit - comportament care contrastă flagrant cu declarațiile anterioare. Delirul este labil, schimbându-se de la o zi la alta, absurd și contradictoriu. În forma depresivă capătă caracterul unui delir ipohonic, asemănător celui întâlnit în melancolia periodică. Vorbirea este greoaie, cizartrică. Scrisul prezintă omisiuni de litere și alte greșeli ortografice și psihografice. Afectivitatea este modificată în sensul unei labilități marcate; bolnavii trec ușor de la o stare de dispoziție la alta, ca cei cu demență pseudobulbară, sau devin indiferenți, sfera intereselor restrângându-se sau având tendințe sexuale exagerate. Activitatea este dezordonată, fără randament util. Sugestibili,

bolnavii pot comite diverse acte antisociale îndemnați de alții, nemaiputând discerne în mod critic faptele lor. În forma maniacală, mai ales la cei cu impregnate alcoolică, stările de agitație psihomotorie sunt o regulă.

b) *Semnele neurologice* sunt cele descrise de neurologi la neurosifilis. Acestea li se adaugă tulburări organice: leziuni cardio-vasculare, renale, hepatice. P.G.P. fiind o boală infecțioasă organică, cronică specifică, care evoluează spre demență, iar organic spre cașexie și marasm, exitus poate surveni în orice moment, fie prin diminuarea rezistenței organismului întreg, fie printr-o boală intercurrentă acută (congestie pulmonară, tuberculoză etc.), fie printr-un ictus ireversibil.

c) *Sindromul umoral* descris la sifilis reprezintă un important element de diagnostic pozitiv al neurosifilisului.

Perioada terțiară terminală, de marasm, care urmează perioadei de stare a paraliziei generale progresive, se încheie prin exitus, urmând unei infecții intercurrente, infectării escarelor care decurg din tulburările trofice ale țesutului cutanat sau prin cașexie. Demența profundă și ireversibilă însoțește această ultimă fază a P.G.P.

Tratament: până acum 2-3 ani, tratamentul neurosifilisului era complex, constând în metoda piretogenă realizată în primul rând prin malarioterapie. Piretoterapia se aplică numai în cazurile rebele la celelalte tratamente. Astăzi, tratamentul P.G.P se face în condiții de spitalizare. Regimul alimentar va suplini stările de subnutriție (avitaminozele). Paralel se vor combate simptomele clinice ca: agitația - cu injecții de Clordelazin, Levo-mepromazin; refuzul alimentar - cu injecții cu insulina în doze eutrofice, alimentație prin sondă; depresiunea și anxietatea în stările depresive - cu Antideprin, Meproamat, Diazepam, Noveril. Se vor urmări starea somatică, pulmonară, cordul, starea funcțională a ficatului și a rinichiului. Tratamentul cu antibiotice: se injectează zilnic pacienților o cantitate de 1 000 000 u. Penicilină i.m., repetându-se doza zilnică până la totalizarea a 20 000 000 - 30 000 000 u. pe o cură, care se repetă din 4 în 4 ani. Administrarea de tonice cardiace, vitamine, glucoza se indică cu predilecție alcoolicele cașectici. Paralel se administrează 10-12 injecții de bismut (la 2 zile o fiolă). Tratamentul profilactic a redus în mod simțitor cazurile de lues terțiar, iar astăzi în clinica de psihiatrie nu se mai întâlnesc paralitici generali, decât extrem de rar.

704 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

Implicațiile medico-legale ale bolii, de care am vorbit, trebuie evitate și după externarea bolnavilor din spital. De multe ori bolnavii nerecuperați sau recuperați parțial din cauza demenței progresive, a sugestibilității lor, pot comite în continuare acte antisociale. Deci asistența medicală trebuie să urmărească catamnestic cazurile tratate în spital.

Ergoterapia, ca în toate bolile psihice, trebuie aplicată bolnavilor chiar din timpul spitalizării și continuată ambulatoriu sau prin reîncastrarea în cooperative de invalizi, atunci când nu obținem recuperarea integrală a capacității de muncă.

17.8. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN ATEROSCLEROZA CEREBRALĂ

Ateroscleroza cerebrală debutează lent, prin tulburări nevrotice: cefalee, astenie, insomnie, vâjâituri în urechi, senzație de furnicături sub pielea capului, amețeli. Treptat se instalează tulburări de memorie, scăderea capacității de lucru, instabilitatea sau labilitatea emoțională. Pe acest fond pot apărea sindroame depresive, confuzionale, paranoid-halu-cinatorii sau cu aspect pseudo-demențial. Caracteristic este faptul că pacienții - spre deosebire de cei ce suferă de psihoze și demență senile - sunt conștienți de bolile lor și de multe ori, în stare depresivă se sinucid. Ateroscleroza duce curînd la demența aterosclerotică, această fază urmînd de obicei accidentelor cerebrale (microictusuri) sau episoadele psihotice.

Evoluția durează între 2 și 15 ani și sfârșitul are loc prin ictus apoplectiform sau boli intercurrente somatice.

Tratamentul constă în odihnă, administrare de hormoni (foliculină), Gerovital, Mecopar, Clofibrat, vit. Bg. Tratamentului obișnuit în psihozele ASC i se asociază tranchilizante și

neuroleptice.

17.9. PSIHOZELE DE INVOLUȚIE

»

Psihozele de involuție cuprind psihozele presenile și senile. Involuția apare la om în jurul vârstei de aproximativ 45 de ani, se instalează treptat și continuă progresiv până la sfârșitul vieții. Între 45 de ani și până la jurul vârstei de 60 de ani este cuprinsă perioada presenilă, iar de la 60 de ani începe perioada senilizării.

Etiologia incriminată în apariția psihozelor de involuție ține în mare măsură de scăderea posibilităților de adaptare a indivizilor la situații grele (menopauza, andropauza, singurătatea).

17.9.1. PSIHOZELE PRESENILE

După simptomatologia clinică predominantă, acestea se manifestă sub două aspecte:

Melancolia de involuție. Tabloul clinic este caracterizat printr-o stare depresivă, anxietate cu idei delirante de tip "sindrom Cotard": idei de imortalitate, enormitate și negație, agitație psihomotorie ocazională de halucinații auditive, iluzii verbale. Preocupați de sănătatea lor organică, bolnavii ajung la delirul ipohondrie. Boala evoluează spre eroni-cizare și ex.tu.sul poate surveni prin sinucidere ori prin boli mteicuTetyte. Raieoii temv-s\\mea apate după \m taaXamemX vnde\uTvgaX m spita), dar totdeauna este incompletă.

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 705

Trebuie să se acorde o supraveghere și o atenție deosebite acestor bolnavi, atât din punctul de vedere al alimentației, cât și al tentativelor de sinucidere.

Psihozele paranoide presenile sunt mai frecvente la femei în perioada de menopauză. Treptat apar idei delirante, de prejudiciu moral sau material, care survin pe un fond anxios, de neîncredere, bănuieli. Alteori apar idei delirante cu temă de persecuție sau de gelozie, delirul este alimentat uneori de iluzii sau halucinații cu caracter negativ. Rareori, în cazurile de deficit intelectual mai avansat, apar și idei de mărire, de supraestimare. Evoluția este îndelungată, prognosticul rezervat, boala evoluând spre demență - se cronici-zează sau rereori se ameliorează sub tratament.

O formă mai rar întâlnită la vârsta presenilă este *catatonia tardivă*, care se instalează rapid și evoluează fatal spre exitus. Bolnavii devin autiști, anxioși, cu mimica stereotipă, negativisti, au preocupări ipohondrice - uneori traversează stări confuzionale. Prin faptul că nu se hrănesc, prin tulburări de metabolism și creșterea produselor autotoxice, acești bolnavi nu rezistă mai mult de un an și mor. Asistența bolnavilor cu psihoze presenile începe din familie, care, în cele din urmă trebuie să ceară ajutorul medical de specialitate, pentru instituirea unui tratament curativ. Chimioterapia asociată cu terapia electrocon-vulsivantă în melancolia de involuție dă cele mai bune rezultate. Se asigură paralel o bună funcționalitate renală, cardiacă, hepatică, cu un regim alimentar bogat în vitamine, mai sărac în substanțe azotoase.

17.9.2. PSIHOZELE SENILE

După 60 - 65 de ani, psihozele senile pot apărea sub forma unor psihoze degenerative. Cele mai cunoscute, cu care venim în contact, atât în spital, azile de bătrâni, cât și în familie, sunt: *Boala Alzheimer* începe după 60 de ani, debutează prin tulburări de memorie, de atenție, dezorientare. Mai frecventă la femei decât la bărbați, cu scăderea funcțiilor intelectuale. Fenomenele de focar se asociază totdeauna, manifestându-se prin afazie, apraxie, agnozie și acces epileptice. Boala evoluează cronic și bolnavii mor în 5 - 6 ani prin gatism, afazie. *Boala Pick* debutează mai devreme decât boala Alzheimer. Simptomele se pot rezuma la: tulburări de memorie, pierderea inițiativei, bolnavii nu mai recunosc denumirile obiectelor, repetă mereu aceleași fraze, aceleași cuvinte, uneori ininteligibile, nu mai sunt capabili să se conducă în acțiuni simple, nu pot aprinde, un chibrit, nu pot așeza un stilou să scrie etc., sunt perplecși, reacționează egal la evenimente diferite.

Demența senilă, cea mai cunoscută psihoză senilă, se caracterizează prin scăderea progresivă

și globală a funcțiilor psihice. Pe acest fond pot apărea halucinații, delir, con-fabulații. *Tratamentul* profilactic constă într-o viață ordonată, cu regim alimentar echilibrat, fără exces de condimente, alcool, cafea, viață cât mai mult în aer liber. Agitația psiho-matorie, ideile delirante se combat în spitalele de psihiatrie prin neuroleptice în doze mici, având în vedere fragilitatea vasculară la această vârstă. Pacienții vor fi hrăniți, vita-minizați; li se va păstra o riguroasă igienă corporală și a patului; vor fi feriți de boli intercurrente. Supravegherea îndeaproape de către familie și personalul medical auxiliar urmărește comportarea bătrânilor, care pot da foc din neatenție sau împinși de halucinații, idei delirante sau din cauza neînțelegerii pericolului. Demenții în general și demenții senili în special pun probleme medico-legale și de responsabilitate redusă sau nulă și de aceea trebuie tutelați.

706 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

17.10. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ

Cunoscută și sub numele de psihoză periodică, psihoza maniaco-depresivă, este o boală care atinge cu predominanță sfera afectivității, manifestată clinic prin accese periodice de manie sau melancolie sau prin alternarea acestor două forme de boală. Mai frecvent întâlnită la femei decât la bărbați, mai răspândită în țările calde decât în cele cu temperatura scăzută, psihoza maniaco-depresivă evoluează periodic, cu intervale, între accese, de restabilire completă a tuturor funcțiilor psihice. Uneori același bolnav prezintă accese de manie, altul numai de melancolie, accese unice sau multiple. Majoritatea bolnavilor, însă, prezintă atât accese de manie, cât și de melancolie, care apar cu un anumit ritm. Atât durata acceselor, cât și a intervalelor este variabilă, însă astăzi, în era psihotropelor, primele sunt din ce în ce mai scurte și remisiunile mai lungi.

Accesul amaniacal (fig. 82) poate debuta brusc, exploziv sau precedat de simptome prodromale: indispoziție, tulburări digestive, tulburări respiratorii sau tulburări psihice care, la același bolnav, de obicei sunt aceleași ("simptom semnal"). În perioada de stare, tulburările afective domină tabloul psihic, apărând o creștere a tonusului afectiv, euforia: bolnavul este într-o exagerată bună-dispoziție, vesel, cântă, dansează, intră repede în relații cu cei din jurul său, este dispus la glume, ironii. Ritmul ideator crește ca un torrent, bolnavul este logoreic, schimbând subiectul prin asociații repezi ("fugă de idei"), care se realizează prin rimă, ritm, contrast, continuitate. Această fugă de idei efervescentă poate duce chiar la incoerență, prin scăderea legăturilor logice. Buna-dispoziție a maniacalului poate dezlănțui în salonul de bolnavi o adevărată contagiune psihică, dispunând pe cei din jurul său. Atenția spontană este exagerată, în dauna atenției provocate, a tenacității și concentrării. Memoria faptelor și evenimentelor vechi și recente este crescută, realizând chiar o hiperamnezie. Evocările sunt etalate cu lux de amănunte, bolnavul vorbește și scrie mult (graforee). Datorită superficialității percepțiilor, din cauza hipervigilății atenției, apar și iluziile, în special iluziile de persoană: bolnavul confundă ușor o persoană cu alta, prin scăderea posibilității de diferențiere. Pe planul gândirii este de subliniat apariția ideilor delirante cu conținut expansiv, a ideilor de mărire, de autosupraapreciere. De exemplu, în plin puseu maniacal, o pacientă susținea că soțul său, sublocotenent, a fost ridicat la grad de general, iar ea va deveni în curând primă soprană pe scena Operei. Delirul expansiv al maniacalilor este însă instabil, fugitiv, modificându-se și renunțând la el de la o zi la alta. Limbajul gesticulat al bolnavului în puseu maniacal este bogat, iar ținuta, îmbrăcămintea este multicoloră, ornamentală, femeia se fardează exagerat, iar tendințele spre exhibiționism și hipersexualitate sunt frecvente. Netratat, accesul maniacal poate dura luni de zile. Remisiunea survine după câteva zile sau săptămâni de tratament. *Accesul depresiv*, numit și melancolie, este o altă manifestare a psihozei periodice, care poate surveni imediat sau după un interval de la remisiunea accesului maniacal sau a

Oii

Fig. 82 - Atitudinea unei bolnave maniace.

Fig. 83 - Facies melancolic.

altui acces depresiv. Tabloul clinic al melancoliei este situat la polul opus maniei. Dispoziția tristă, ideeața încetinită, apariția unei senzații neplăcute, cu lipsa poftei de mâncare, lipsa de interes; imbold în activitate sunt simptome ce precedă uneori tabloul melancolic. În faza de stare, melancolicul este abătut, trist, abulic, adică nu are inițiativă și nici plăcerea de a fi activ. Bolnavii vorbesc în șoaptă, răspunzând monosilabic la întrebări. Acestei inhibiții a funcțiilor psihice îi corespunde și o inhibiție motorie; stau pe marginea patului, cu capul plecat pe piept, cu mâinile încrucișate, cu mimica exprimând o adâncă durere morală (fig. 83), se plâng că nu mai pot simți aceleași sentimente, că nu mai pot participa la viața ("Anestezie psihică dureroasă"). Când depresivii se adaugă teama (anxietatea), melancolicii devin neliniștiți, se plimbă agitați de la un capăt la celălalt al camerei, își frâng mâinile, imploră de la cei din jur ajutor sau cer să li se curme viața.

Halucinațiile și iluziile

auditive apar rar și au caracter depresiv. Nu rareori gândirilor li se adaugă idei delirante, cu conținut depresiv.

Într-o formă mai gravă, melancolia îmbracă forma stuporoasă: melancolicul rămâne la pat, refuză alimentația, nu comunică cu nimeni, nu se mișcă din pat, nici chiar pentru îndeplinirea unor necesități fiziologice (urinează în pat). Acești bolnavi, după un timp, din stupoare, pot trece la acte impulsive bruște (se automucilează, se dau cu capul de pereți, se pot chiar sinucide). După cum vedem, melancolia este o mare urgență de asistență psihiatrică.

Sinuciderea survine cu o frecvență maximă, de obicei la ieșirea din inhibiția motorie sau în perioadele de ieșire din acces. Ca și în sindromul maniaco-depresiv, și în sindromul melancolic întâlnim simptome de ordin somatic. Maniacalii se alimentează superficial, având un metabolism bazal crescut, scad în greutate, au un plus crescut și uneori tranzitul gastrointestinal este accelerat. Dimpotrivă, melancolicii sunt în general constipați zile întregi, au palpitații, dureri precordiale.

În afara celor două accese - maniaco-depresiv și melancolic - se descriu și forme mixte (manie stuporoasă, melancolie coleroasă etc.) sau forme atenuate și periodice de accese depresive și stări hipomaniacale - acestea din urmă constituind așa-numita ciclotimie.

Asistența și tratamentul medical: supravegherea în spital, permanentă, măsurile de igienă corporală și alimentară sunt pe primul plan. În cazurile de refuz alimentar, cu deshidratare, se administrează glucoza hipertonică i.v. în soluție clorurosodică izotonică. Alimentația cu lingura trebuie să se facă cu răbdare, păstrând o atitudine calmă și blândă. Se vor da la început lichide consistente (lapte cu ou, zahăr, compoturi); se va stimula apetitul cu doze eutrofice de insulină și se vor administra vitamine. Se vor asigura igiena corporală și vestimentară. Vom supraveghea în cele trei ture bolnavii cu tentative de suicid - ca să nu treacă la fapte -, suprimând orice instrument tăios (lamă, cuțit, oglindă etc.), medicamente.

În manie, chimioterapia, medicația de supleere, psihoterapia și ergoterapia prezintă orientarea de bază.

708 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

17.11. SCHIZOFRENIA

În 1911, Leuler descrie schizofrenia, accentuând caracteristica acestui psihoze, și anume discordanța tulburărilor psihice (*schizein* = a despărți). Prin schizofrenie definim boala caracterizată prin disocierea funcțiilor psihice, tulburări de gândire, idei delirante, halucinații, inversiuni afective, tulburări catatonice, cu păstrarea în memorie a datelor achiziționate. Este una dintre psihozele cele mai frecvente și care ridică cele mai multe probleme în psihiatria actuală. Poate apărea brusc sau lent, îmbrăcând aspectul unei nevroze, tulburări de comportament, cu debut depresiv, expansiv sau chiar aspect demential. La început, bolnavul sau cei din jurul său pot constata că s-a schimbat ceva în personalitatea și comportamentul

său, în sensul că acesta devine mai izolat, mai retras; Prin scăderea randamentului în muncă, elevul sau studentul bolnav rămâne în urma celorlalți; întreaga comportare se modifică, își schimbă în-deletnicirie, preocupările, în special dedicându-se problemelor abstracte de filozofie. Alteori, bolnavul prezintă tulburări nevrotice, cefalee, senzație de "cap gol", astenie, insomnii sau acuză diverse senzații neplăcute, vegetative. Indiferent de ceea ce se întâmplă în jur, scade sfera intereselor, scad sentimentele față de cei din jur, se inversează sau apare o ambivalență afectivă, interesul pentru ținută și preocupările față de igienă personală rămând în urmă. De multe ori bolnavul este surprins cu privirea fixă într-un punct, având într-adevăr aspectul unui individ rupt de realitate (fig. 84). În perioada de stare, fenomenele se accentuează, apar masive tulburări afective, tulburări de gândire, percepție, activitate, instincte și voință. Memoria rămâne invariabil nealterată.

După aspectul clinic deosebim 4 forme clasice de schizofrenie:

Forma simplă - simplă prin sărăcia simptomelor, dar destul de gravă prin prognosticul său - se caracterizează printr-o evoluție lentă, fără remisiuni. Cu gândire autistă, rar populată de idei delirante, cu asociații de idei inadecvate mergând până la "salata de cuvinte", bolnavul cu schizofrenie simplă prezintă rar tulburări de percepție de tip iluzie sau halucinație. În general, cu o activitate redusă, devenind chiar abulic, bolnavul se izolează, își restrânge sfera intereselor personale, devine iritabil, intră în conflict cu familia, prin scăderea vieții afective. Apare inversiunea afectivă sau indiferența față de cei din jurul său. Conflictul se poate extinde și asupra celor din societatea apropiată. În plus, poate manifesta grimase, manierisme, puerilism. Bizar, ciudat în acțiunile sale, schizofrenicul prezintă frecvent senzația de derealizare, de înstrăinare de cei din jurul său și chiar față de sine însuși (fenomene de depersonalizare); are senzația că s-a schimbat, că nu mai este ca înainte, că s-a dedublat în sine, soliloc-vează. Evoluția acestei forme este torpidă și, prin cronicizare, merge către o stare pseudo-demențială, predominând fenomenele apato-abulice.

Schizofrenia hebefrenică apare la o vârstă foarte tânără, cel mai frecvent în perioada de pubertate sau în adolescență, și se caracterizează printr-o serie de simptome polimorfe: Fig. 84 - Grimase la un schizofren.

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 709

comportament oscilant, pueril, cu tendință la acte antisociale, bizare. Tulburările afective îmbracă diverse aspecte: de la o stare de bună-dispoziție, de obicei nemotivată, pacientul poate trece repede la o stare de indispoziție, iritabilitate sau chiar plâns nejustificat. Sentimentele sale sunt oscilante, ambivalențe sau inversate. Ideea este modificată, în sensul prezenței unei marcate incoerențe, bolnavul dând răspunsuri alături de întrebările puse. Fondul ideativ este de multe ori afectat, în sensul apariției ideilor delirante, cu teme multiple, însă labile, trecătoare. Hebefrenia este considerată cea mai gravă formă de schizofrenie, debutând la o vârstă în care are loc schimbarea personalității și ducând la destrămarea gândirii și a întregii vieți psihice.

Schizofrenia catatonică se caracterizează în primul rând prin tulburări în sfera activității și voinței, realizând sindromul catatonic. Este considerată cea mai benignă formă de schizofrenie. Debutând în jurul vârstei de 18 - 20 de ani, schizofrenia catatonică se manifestă în primul rând prin atitudini catatonice: bolnavul rămâne un timp îndelungat în poziții fixe, în nemișcare, în totală inhibiție motorie, în poziții incomode, fără să obosească. Catatonicul rămâne ore întregi sau chiar zile în poziție de "cocoș de pușcă" sau în picioare într-un colț de salon, cu grave tulburări circulatorii la extremități (acrocianoză), sau lungit în pat cu capul ridicat nesprijinit ("pernă psihică" sau "pernă de aer"). Fenomenul de catalepsie sau flexibilitate ceroasă este frecvent întâlnit. Agitația catatonică este o catatonie motorie, stereotipă, inversă celei inhibitate. Bolnavul țipă, vociferează, pronunțând cuvinte stereotipe, executând mișcări stereotipe. Stereotipia se realizează și în vorbire (stereotipii verbale) sau în scris (stereotipii grafice). Tulburările se manifestă de asemenea sub forma sugestibilității, a

negativismului verbal sau alimentar, motor, activ sau pasiv. Bolnavul se opune ordinelor noastre motorii, executând chiar acțiuni inverse. Alteori pacientul prezintă sugestibilitate exagerată, repetând ca în oglindă mimica (ecomimie), gesturile (ecopraxie) sau vorbirea interlocutorului (ecolalie). Catatonie reprezintă o stare de urgență, mai ales când se manifestă cu negativism alimentar. Totuși, pe cât de spectaculos este tabloul clinic, pe atât de spectaculoasă este și remisiunea când se intervine prompt (terapie electroconvulsivă și neuroleptice majore).

Schizofrenia paranoidă. În această formă, tabloul clinic se îmbogățește prin apariția în câmpul percepțiilor a iluziilor și halucinațiilor adevărate și a pseudohalucinațiilor. Bolnavul aude șoapte, voci insultătoare, aude voci în cap sau i se fură gândurile. Vârsta în jurul căreia debutează această formă de schizofrenie este aproximativ 30 - 35 de ani. Ideea este frecvent paralizată de idei delirante. Interpretează fiecare gest, mimica celor din jur, ca exprimând gânduri îndreptate împotriva lui. Treptat, temerile se generalizează, bolnavul devine retras în camera sa, refuză alimentele, considerând că sunt otrăvite; alături de aceste interpretări delirante, sunt semnele persecutorii: percepțiile se tulbură, bolnavul simte un gust deosebit în gură, anumite mirosuri sau substanțele trimise în cameră, în mâncare, în baie. Alteori bolnavii simt cum le sunt influențate și teleghidate gândurile și acțiunile lor prin aparate, unde, raze, televiziune, radio sau telepatie. Se cred hipnotizați, nu mai sunt "ei" ca înainte. Uneori își simt corpul mai ușor, au senzația că plutesc, nu mai au pondere; personalitatea este alterată, în sensul că se simt dedublați. Alteori apar idei de gelozie, erotomanie, de filiație. Se cred substituiți de persoane importante sau se simt posedați de forțe oculte, mistice. Nu însă totdeauna bolnavii declară ideile delirante, ci le ascund, le disimulează. Așa se explică de ce deseori acești bolnavi sunt capabili de acțiuni cu aspect medico-legal, încercând să-și facă singuri dreptate. Evoluția schizofreniei paranoide este de obicei cronică **atunci când bolnavul nu se internează.** Tratamentul instituit prompt și precoce duce **la cele mai bune rezultate.** Când apare pe un teren de nedezvoltare psihică (fond oligofren), **schizofrenia se numește "grefată".**

„<-■

710 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

Diagnosticul diferențial este greu de făcut în faza de debut, când schizofrenia poate simula tablouri de nevroză astenică sau psihasterie sau tablouri de excitație maniacală în forma hebefrenică.

Tratamentul în formele catatonice este de urgență, indicându-se acolo unde nu sunt contraindicații o terapie electroconvulsivă, dublată de administrarea de psihotrope majore de tip Haloperidol, Majeptil, Levomepromazin. În schizofrenia hebefrenică, paranoică și simplă, tratamentul este mai îndelungat, cu substanțe psihotrope, insulina, vitamine. Evoluând în general favorabil sub tratament, cazurile trebuie urmărite îndeaproape și după externare, prin control periodic la policlinică și, mai ales, printr-un tratament de întreținere, cu doze mici, orale, de neuroleptice. Schizofrenia pune probleme prin evoluția și comportamentul bolnavului, atât medicale, cât și medico-sociale, de reinserție în viața socială, recuperare și reîncadrare în muncă - probleme de multe ori cu interferențe medico-legale.

17.12. PARAFRENIA

Delirul cronic sistematizat halucinatoriu, cunoscut și sub numele de parafrenie, este "o entitate psihiatrică descrisă de Kraepelin în 1907 și considerată de Bumke ca o formă particulară de schizofrenie. Boala debutează în jurul vârstei de 40 - 45 de ani și evoluează în patru faze: faza de incubație, de elaborare a delirului, de sistematizare și stadiul final, care poate duce la demență. În fig. 85 sunt redată faciesul și atitudinea unei bolnave de parafrenie, care pretinde că aude voci de peste ocean, cu cereri în căsătorie de la președintele Americii, și este convinsă că a

descoperit elixirul vieții în care autoarea este, intitulată "energia atomică în slujba

bătrâneji".

Fig. 85 - Faciesul și atitudinea unei bolnave de parafrenie (delir cronic sistematizat halucinatoriu).

17.13. PARANOIA

Este o psihoză caracterizată printr-un delir cronic, sistematizat, în care nu se întâlnesc halucinații. Temele delirante dezvoltate în general de parancici sunt de persecuție, gelozie, invenție, de mărire și de descoperire. Paranoicii sunt foarte activi, cverulenți, revendicativi, procesomani, dând naștere frecvent la conflicte cu aspect medico-legal. Tratamentul în aceste deliruri este foarte îndelungat, constând printr-o cură susținută -timp, de luni și chiar de ani de zile - de medicamente neuroleptice, urmată de ergoterapie și, unde se poate, de psihoterapie.

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 711

17.14. PSIHOGENHLE

În psihiatrie, pe lângă bolile bine delimitate ca entități morbide - cum sunt schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, epilepsia, paralizia generală progresivă etc. - se întâlnesc tablouri psihice patologice de graniță sau marginale, printre care și psihogeniile. Psiho-geniile cuprind totalitatea tulburărilor psihice nevrotice și psihotice, determinate de factori etiologici psihogeni și favorizate de factori somatici și constituționali.

Tablourile psihice ce apar în urma unor evenimente, trăiri stresante - fie imediat, fie după un timp de incubație - și a căror evoluție este dependentă de conținutul psihozei se numesc psihogenii. Se descriu două categorii de psihogenii:

- de intensitate psihotică sau psihoze reactive;
- de intensitate nevrotică sau nevroze.

17.14.1. PSIHOZELE REACTIVE ACUTE (sau "de șoc")

Aceste psihoze sunt declanșate de evenimente stresante (cutremure, incendii, inundații, bombardamente). Pot dura de la câteva ore la 2 - 3 săptămâni și se caracterizează prin stări de agitație psihomotorie sau stare de stupeoare, cu imobilitate motorie, cu indiferență afectivă. La ieșirea din starea afectivă de șoc, pacientul are amnezie lacunară. O altă variantă a reacțiilor psihogene este fuga patologică. Declanșată tot de stări excepționale psihogene - panică, foc, decesul unei persoane iubite etc. -, se manifestă prin tulburări de conștientă de tip crepuscular cu fuga fără țintă, la risipirea fenomenelor acute psihotice, bolnavul prezintă amnezie.

17.14.2. PSIHOZELE REACTIVE PRELUNGITE

Durează de la câteva săptămâni la câteva luni de zile și apar la cei care au suferit un traumatism psihic de intensitate mai mică decât în cazurile amintite mai sus, dar care a acționat un timp mai îndelungat (situația indivizilor expatriați, cei reținuți în prizonierat sau detenție etc.). Pe plan clinic aceste reacții psihogene implică mai multe manifestări:

- a) Depresiunea reactivă se însoțește de tulburări de percepție de tip halucinator, care reprezintă de obicei cauza declanșatoare, realizând un fel de ecou al psihotraumei.
- b) Paranoicul reactiv prezintă idei delirante, strâns legate de cauzele care au produs starea reactivă.

Sunt cunoscute delirurile de persecuție și urmăriri ale indivizilor cu defecte fizice -delirul de persecuție și urmăriri ale surzilor, orbilor sau al celor cu alte malformații fizice. O formă aparte de reacție paranoidă poate apărea la indivizii sănătoși, care trăiesc în imediata apropiere și cu puternice legături afective cu bolnavii psihici deliranți. Astfel se cunosc cazuri de adevărată contagiune psihică între soți, frați, surori, mamă - fiică, fiu sau profesor - discipol, ambii având o personalitate defectuală, caz în care delirul celui bolnav este indus individului sănătos, care ia întreaga atitudine a inductorului.

c) Iatrogeniile sunt unele stări psihice deosebite prin modul lor de apariție, și anume cauzate de atitudinea greșită a personalului medico-sanitar față de individul bolnav, diagnosticat sau încă nediagnosticat. În general se recomandă o atitudine blândă, calmă, încurajatoare. Oricât ar fi diagnosticul de grav, bolnavul nu trebuie mințit, dar nici nu trebuie să i se zugrăvească boala și prognosticul ei în culori cenușii. Trebuie să se țină

712 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

seama și de personalitatea bolnavilor - celor anxioși sau depresivi trebuie să li se vorbească calm, insuflându-le mult curaj, dovedindu-le prin exemple cazuri de vindecare, arătându-li-se posibilitățile de tratament. Vizita la patul bolnavului trebuie să se realizeze sub forma unei convorbiri cu acesta, evitându-se discuțiile șoptite sau în termeni savanți între medici sau personalul auxiliar. Nu trebuie discutate cazurile grave, arborând o mimică îngrijorată, transmitându-i-se bolnavului o stare de panică, de nesiguranță. Explicând bolnavului ce trebuie să facă în scopul vindecării sale de la un stadiu la altul, admistrându-i-se medicamentele cele mai indicate în timp suficient și în dozele prescrise, se face psihoterapie și nu se dezlănțuie iatrogenii.

Tratamentul psihozelor reactive constă în înlăturarea elementelor sau situațiilor traumatizante - deziderat de multe ori realizabil, dar nu suficient. Sedarea acestor bolnavi se face prin ansamblul chimioterapie, cu sedative, hipnotice, neurotonice, euforizante, de-zinhibante, anxiolitice, psihotone. Concomitent cu chimioterapia se impune psihoterapia rațională individuală sau de grup, care se aplică și în convalescență, ținându-se seama de bagajul constituțional și nivelul intelectual al personalității pe care s-a grefat reacția psihogenă.

17.15. NEVROZELE

Nevrozele fac parte din marea grupă a psihogeniilor. Prin acest termen se definesc acele afecțiuni psihice care debutează și evoluează în condiții de suprasolicitare psihică. Fenomenele psihice astfel declanșate sunt de obicei reversibile și nu se însoțesc de alterarea personalității. Pacientul este conștient de boala sa, vine singur cerând ajutorul medicului psihiatru, contrar bolnavilor psihotici, care nu au conștiința bolii, nici atitudine critică față de tulburările care necesită asistența psihiatică. Se descriu în clinică pentru forme de nevroză: astenică, obsesivo-fobică, isterică, mixte.

17.15.1. NEVROZA ASTENICĂ (neurastenia)

A fost descrisă prima dată de Beard, în anul 1880. Trepiedul simptomatologie al nevrozei astenice este constituit de: astenie, cefalee, insomnie. Cauza principală a nevrozei astenice este suprasolicitarea îndelungată, care duce la epuizare, oboseală patologică a funcțiilor psihice, reversibilă după tratamentul instituit. Spre deosebire de oboseala fiziologică, care cedează la o odihnă compensatoare, astenia este reversibilă numai după un tratament special, în condiții de repaus. Fatigabilitatea crescută, epuizarea rapidă se însoțesc de o hiperexcitabilitate emoțională - bolnavii izbucnesc repede în plâns sau râs nereținut sunt nerăbdători, nu se pot concentra, atenția slăbește rapid; nu pot achiziționa noțiuni noi, nu pot citi o carte, ceea ce le dă impresia că nu mai au memorie. Somnul este neodihriitor, superficial sau uneori insomnia este totală. La trezire, astenia este mai oșitoare decât la culcare. Sensibilitatea psihică crescută se dublează și de o hiperestezie polisenzorială: îl supără zgomotele, foșnetul foilor de ziar, scârțâitul ușii; îl supără chiar contactul pielii cu hainele proprii, are furnicături, amorțeli în membre, vederea i se tulbură - în câmpul vizual apărând cercuri luminoase - sau este împăienjenită, cu "puncte zburătoare". Vertijul, senzația de amețeală, nesiguranță în mers, pocniturile în urechi sunt alte semne de nevroză astenică pe linie somatică. În cadrul hiperexcitabilității vaso-motorii, pacienții au valuri de căldură alternând cu senzația de frig sau palpații cu tahi-

cardie. La nivelul aparatului respirator nevroza se manifestă prin senzații neplăcute de sufocare sau de "nod în gât". Cefaleea are caracterul unei dureri "în cască", cu punct de plecare occipital. Formele clinice variază după predominanța fenomenelor psihice:

- simplă - neurastenia clasică descrisă mai sus;
- anxioasă, la care se adaugă anxietatea excesivă;
- cenestopată, ce se îmbogățește cu senzații neplăcute sub forma unor tulburări neurovegetative, traduse de bolnav prin senzații de amorțeli, înțepături, furnicături în membre, de-a lungul rahisului etc. Această formă evoluează un timp îndelungat și este destul de rebelă la tratament.

De mare importanță în ceea ce privește diagnosticul diferențial al nevrozei astenice, este sindromul pseudonevrotic cu care încep multe boli psihice: debutul neurasteniform al schizofreniei, debutul neurasteniform în ateroscleroza cerebrală, unele boli neurologice ca scleroza în plăci, cerebrastenia după un traumatism cranio-cerebral, tumori cerebrale, unele boli cu etiologie infecțioasă sau toxică (F.G.P., hepatita epidemică sau toxică, intoxicați cu Pb, oxid de carbon etc.).

Tratament: folosirea cât mai judicioasă a perioadelor de concedii anuale, a zilelor de odihnă. Restabilirea somnului prin medicamente hipnotice, sedative curente (Meproba-mat), tranchilizante minore (Mi-Nozinan, Dormital, Lauronil etc.). Pentru combaterea asteniei se administrează tonice: vitaminele B₁, B₂ și B₁₂, Fosfobion, Lecitină sub formă de pulbere sau sirop, Meclofenoxat. Durerea de cap se poate combate cu injecții i.v. cu sulfat de magneziu, gimnastică în aer liber, băi, masaj și, eventual, cură sanatorială cu program de odihnă activă și psihoterapie (culterapie = audiții muzicale, îndrumarea pacienților spre ocupații plăcute, ca pictura, lucrul de mână etc.).

■

-

17.15.2. NEVROZA OBSESIVO-FOBICĂ

Această formă de nevroză, cunoscută și sub numele de psihastenie, se caracterizează printr-o serie de simptome funcționale reversibile, dar foarte chinuitoare pentru bolnav. Apariția în câmpul ideator al bolnavului a obsesiilor și fobiilor, față de care bolnavul are atitudine critică, luptând contra lor, marchează apariția psihasteniei. Psihastenia se desfășoară pe un fond afectiv anxios, bolnavul fiind frământat de teamă, nesiguranță, dubii. Sindromul psihastenie sau mai bine-zis obsesivo-fobic poate fi întâlnit și în A.S.C., în melancolia de involuție, în P.G.P. și în psihopatia psihastenică. Simptomele obsesive sunt de mai multe feluri: amintiri obsesive, fobii, ritualuri, idei obsedante etc. Funcțiile psihice intelectuale, ca atenția, memoria, raționamentul, sunt păstrate. Voința, randamentul în muncă, fondul afectiv suferă cel mai mult însă în psihastenie, prin faptul că bolnavul este conștient și luptă din răspuțeri contra bolii. De aceea, psihastenia mai poartă și denumirea de "nebunie lucidă".

Tratamentul psihasteniei, se aplică astăzi în mod diferențiat de la caz la caz; pe primul plan sunt: terapia psihotropă anxiolitică, antidepresivă, sedativă, tonică, cu tranchilizante de tip Tioridazin, Diazepam; neuroleptice de tip Nozinan, Ciordelazin; anxiolitice: Tranxen, Librium, Hidroxizin, Psihoterapia trebuie condusă cu multă răbdare și perseverență.

17.15.3. ISTERIA (nevroza isterică)

A fost descrisă la începutul acestui secol de Charcot și Babinski, fiind însă cunoscută din antichitate. Vechii greci puneau în legătură mecanismul de producere a isteriei cu

714 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

suferința uterului (*hystera* = uter). Simptomele isteriei sunt polimorfe, ele manifestându-se prin crize isterice, tulburări de conștientă de tip isteric, tulburări asemănătoare celor din unele

boli neurologice și tulburări somatice.

Crizele isterice se dezlănțuie în diferite condiții stresante. Deși se manifestă asemănător crizelor epileptice, ele nu prezintă semnele obiective care există cu regularitate în epilepsie. Bolnavul, în urma unui conflict, a unei contrarieri, a unor certuri sau din dorința de a atrage atenția celor din jur asupra sa, intră în așa-numită criză de isterie; la început scoate un țipăt caracteristic, cade jos, alegându-și locul și căutând să nu-și provoace leziuni prin cădere, intră în contractură tonică cu capul sprijinit, cu trunchiul încordat în poziție de opistotonus ca un arc, cu călcâiele la celălalt capăt al arcului; alteori, pe de o parte, în poziție de emprostotonus. Criza poate dura de la câteva minute până la câteva ore. Conștienta nu se tulbură ca în epilepsie, ci se îngustează numai câmpul acesteia. Contractură tonică nu este urmată de contractură clonică, ca în epilepsie, bolnavul nu-și pierde urina, nu-și mușcă limba; la excitanți dureroși bolnavul răspunde, apărându-se, scurtând criza prin noua dominantă ce i se creează prin durere, sustrăgându-l de la preocuparea sa asupra crizei. Pupilele reacționează la stimulii luminoși. După risipirea crizei bolnavul păstrează parțial memoria celor petrecute. Tulburările de conștientă de tip isteric se aseamănă cu crizele crepusculare. Astfel bolnavul percepe tot ce se petrece în jurul său numai parțial.

Există în isterie tulburări care simulează afecțiuni neurologice ca: paraplegia, hemiplegia isterică, coreea isterică, tulburări de sensibilitate. Mutismul isteric este mutismul demonstrat de bolnav prin înlocuirea vorbirii printr-un limbaj gesticulat. Tulburări organice: bolnavul acuză că nu vede (cecitate isterică), că nu aude (surditate isterică) (fenomene ce pot dispărea ușor, punându-l în situații care impun folosirea acestor analizori, și astfel se trădează. Toate aceste manifestări isterice apar de obicei pe un fond de insuficientă dezvoltare mintală, în situația în care bolnavul cere compasiune și foloase de pe urma acestei boli.

Tratamentul constă într-o psihoterapie individuală susținută, prin hipnoză, sugestie simplă sau ajutată de "torpij" electric sau folosirea unei noi dominante dureroase - de exemplu injectarea de apă distilată intradermic. Nu trebuie să i se dea prea multă atenție în timpul crizei, pentru a nu o exagera spre a-și prelungi suferința, însă toată această atitudine trebuie însoțită de calm, blândețe și înțelegere pentru boala psihică.

17.15.4. NEVROZELE MIXTE

Acestea sunt forme clinice de nevroze, caracterizate prin tulburări motorii ca și maladia ticurilor, crampa profesională, longonevroza (balbismul sau bâlbâială).

17.16. PSIROPATIIILE

În 1884, Babinski introduce în psihiatrie termenul de psihopatie, atribuindu-l tulburărilor psihice caracterizate prin dezvoltări disarmonice ale personalității umane. La constituirea acestor perturbări de caracter și de personalitate, care conduc la grave tulburări de comportament, la tulburări de adaptare și conflicte cu societatea, contribuie factori etiologici complecși (de la traumatisme cranio-cerebrale, encefalite în copilărie, până la factori de mediu).

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 715

- a) Psihopații astenici obosesc ușor la eforturi obișnuite, sunt impresionabili, emotivi, cu o capacitate de muncă și randament scăzute.
- b) Psihopații excitabili sunt tipuri de personalitate care nu-și pot stăpâni emoțiile și care reacționează brutal, prin insulte, țipete la mici contrarieri. Uneori explodează și devin agresivi, ajungând până la maltratări.
- c) Psihopații isterici, fiind în același timp și sugestibili, având o gândire influențată de afecte și de dorința de a fi în centrul preocupărilor celor din jur, fac frecvente crize isterice. Sunt teatrali în exprimare, au o imaginație și o fantezie exagerate, născocind adesea povestiri inedite despre trecutul lor, pentru a impresiona auditoriul și chiar pe medic.
- d) Psihopatia psihastenică se dezvoltă la personalități nehotărâte, oscilante, anxioase, pe acest

fond putând evolua atât la adult, cât și la copii nevroze obsesivo-fobice, preocupări ipohondrice.

e) Psihopații paranoizi sunt personalități disarmonice, bănuitoare, suspicioase, interpretative, întocmai ca paranoicii, reclamă, sunt revendicativi, procesomani. Pe acest fond evoluează de obicei paranoia.

f) Timopatia, cu cele două varietăți: hipertimicii - excitați afectivi, veseli, optimiști, vorubili - și hipotimicii - posaci, indispuși, care văd totul în negru, tragic.

g) Psihopații impulsivi se caracterizează prin reacții impulsive.

h) Psihopații sexuali constituie marea grupă de psihopați cu perversiuni sexuale variate.

Tratament și asistență: numeroasele conflicte cu mediul în școală, în familie, în colectivele de muncă, datorită comportamentului patologic al psihopaților, încarcă activitatea psihiatriei legale. De aceea trebuie să se încerce, prin metode educaționale, pedagogice, în școli speciale, în instituții de reeducare, să se armonizeze reacțiile și tendințele impulsive, atât ale copiilor iritabili, impulsivi, cât și ale adulților. Tratamentul se face în policlinici și în spitalele de psihiatrie, unde se îngrijesc eventualele decompensări psihice.

17.17. OLIGOFRENIILE

Oligofreniile (*oligos* = puțin; *fren* = inteligență) cuprind aceste boli psihice caracterizate prin dezvoltări incomplete din punct de vedere psihic, stagnări sau dezvoltări lente ale funcțiilor superioare ale creierului. Aceste opriri în dezvoltare sunt datorate unor cauze care au influențat negativ, prin lezare sau tulburare de metabolism, creierul embrionului umn în primele etape de dezvoltare intrauterină sau au acționat perinatal sau postnatal. Oligofreniile trebuie diferențiate de demențe, care sunt rezultatul unor regresii globale psihice, după ce psihicul a ajuns la dezvoltare normală.

Idioția (fig. 86) poate să se prezinte sub două aspecte: profundă, completă sau de gradul I și incompletă, de gradul II. Idioții de gradul I, practic irecuperabili, nededucabili, se caracterizează prin lipsa aproape totală a vieții psihice. Limbajul, nedezvoltat, se reduce la sunete nearticulate, țipete.

Idioția de gradul II, incompletă. Limbajul verbal se poate dezvolta cel mult la nivelul celui al unui copil normal de 1 - 1 1/2 ani. Bolnavii recunosc pe cei care îi îngrijesc și pot să-și însușească unele deprinderi elementare.

Imbecilitatea cuprinde forme de oligofrenie parțial recuperabile. Acești bolnavi au deja format un limbaj verbal, însă cuvintele sunt greoi pronunțate; limbajul scris este imposibil. Sunt capabili de calcule simple. Memoria este de obicei bine dezvoltată. Nu pot face însă deducții, nu posedă capacitatea de sinteză și abstractizare a gândirii, nu au discernământ. Diversele situații care-i scot din stereotipia lor zilnică îi pun în mare difi-

716 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

cultate, capacitatea lor de adaptare fiind precară: se alarmează, devin anxioși, țipă, fac chiar reacții psihice depresive. Sunt conștiințoși în muncă necalificată sau cu calificare inferioară. Imbecilii pot fi educați în școli speciale.

Debilitățile mintale reprezintă un coeficient de 3/4 din totalul oligofrenilor, caracterizați fiind printr-o gamă de niveluri de dezvoltare intelectuală. Din punctul de vedere al comportamentului, aceștia se pot prezenta fie inhibați - cu lențoare ideativă, timizi, apatici, - fie excitați, gălăgioși, agresivi, instabili. Sunt educabili, pot fi instruiți în școli ajutoare sau la curs normal, însă aici imediat dau semne de oboseală, rămânând în urma copiilor normali. Memoria apare uneori surprinzător de dezvoltată - ei rețin poezii, texte de proză pe dinafară, însă în mod mecanic, fără a le aprofunda sau înțelege sensul expresiilor, al conținutului.

Funcțiile superioare de integrare, analiză, sinteză, abstracție sunt lente, uneori imposibile. Debilitățile mintale pot învăța meserii care necesită mai ales dexteritate, în școli profesionale. Din cauza

sugestibilității crescute, debilitățile mintale neputând cântări valoarea reală a faptelor, pot fi

antrenați ușor în acțiuni cu caracter antisocial.

Fig. 86 - Idioție

17.18. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR PSIHICI

Cadrele medii sanitare care se dedică îngrijirii bolnavilor psihici trebuie să aibă o pregătire teoretică și practică deosebită, să fie dotate cu calități morale deosebite. Rolul lor este considerabil alături de medic, din momentul primului lor contact cu bolnavul psihic în spital, pe toată durata tratamentului, cât și după externare, în ambulatoriu, în policlinici sau dispensar.

Asistenta medicală trebuie să cunoască îndeaproape pe bolnav și să stabilizească raporturi afective sănătoase și de încredere reciprocă, trebuie să țină seama că chiar numai internarea într-un spital de psihiatrie poate constitui o situație stresantă. Deci momentul internării, primul contact al bolnavului cu spitalul, prima injecție, contactul cu ceilalți bolnavi și felul cum este primit au mai multă importanță decât în toate celelalte boli și pentru evoluția ulterioară a procesului patologic. Tratamentul bine și conștiincios aplicat, administrarea medicației orale direct în gura bolnavului, pentru ca acesta să nu sustragă drogul în scop de suicid, adresarea unui cuvânt încurajator și blând, chiar în situația în care bolnavul este agitat, agresiv, constituie premise de evoluție favorabilă a bolii. Asistenta medicală trebuie să urmărească bolnavul tot timpul și să raporteze verbal medicului sau să consemneze în raport orice eveniment survenit în comportarea sa. O atenție deosebită trebuie acordată controlului bolnavului în turele de noapte: dacă dorm sau nu sau, în general, dacă sunt agitați sau prezintă alte fenomene morbide și, pe cât posibil, să se instituie o conduită terapeutică eficientă în aceste cazuri. Tot un control deosebit se impune în cazul bolnavilor nou-internați, al bolnavilor care au făcut electroșocuri sau al

NOȚIUNI DE PSIHIATRIE 717

bolnavilor fără tratament, în vederea unor examene psihologice, electroencefalograme sau a altor examinări. Cadrele medii trebuie să vegheze asupra ambianței în care stau bolnavii, igienei saloanelor, a paturilor, așternuturilor, igienei personale a bolnavilor, căutând să realizeze un climat cald, contribuind la realizarea unui sentiment de siguranță. Rolul asistentei medicale nu este numai de a administra medicația și a recolta analize, ci și de a convinge pe bolnav de eficacitatea tratamentului. Mai mult, după tratamentul efectuat în perioada acută a bolii, bolnavul va fi orientat spre ergoterapie. Asistenta face parte din corpul medical, care este obligat să facă și educația sanitară a bolnavilor și familiilor acestora în orele de vizită. O atenție deosebită trebuie să se acorde relațiilor ce se dau familiilor bolnavilor. În cazurile de urgență psihiatrică, cadrele medii sunt obligate a interveni blând, dar ferm, să cunoască bolnavul și metodele cele mai eficace de a-l liniști. Nu trebuie să se uite că de multe ori bolnavii psihici disimulează simptomele și nu le comunică celor din jur sau simulează simptome în scopuri diverse. Atitudinea terapeutică fermă, adecvată fiecărui caz, se impune cu deosebire în urgențele psihiatrice, unde starea psihică a bolnavilor pune deseori viața lor și a celor din jur în pericol.

Vom trece în revistă câteva metode speciale folosite în terapia bolilor psihice:

- Terapia electroconvulsivantă sau electroșocul este o metodă mult discutată, dar cu bune rezultate, constă în producerea unui acces convulsiv, cu ajutorul unui curent electric, slab, introdus prin electrozi așezați pe tâmpilele bolnavului.
- Insulinoterapia, întrebuințată și astăzi destul de mult, constă în producerea unei stări de șoc hipoglicemie prin injectarea de insulina. Acest tratament necesită o supraveghere permanentă și atentă a bolnavului de către personalul mediu. Coma se produce prin administrarea unor doze crescânde de insulina. Pacientul este apoi scos din această stare prin injecții de glucoza 40%, iar imediat ce poate înghiți se dau 100 - 200 g zahăr diluat în ceai. Cantitatea de zahăr administrată trebuie să fie dublată față de numărul de unități de insulina, nesocotind glucoza

introdusă intravenos.

- Psihoterapia este metoda prin care se acționează asupra bolnavului prin mijloace psihice. Deși la prima vedere pare o metodă foarte simplă, psihoterapia impune o serioasă pregătire de specialitate. Există o psihoterapie neorganizată, care privește modul de a te apropia de bolnav, de a-i da unele sfaturi, de a-l încuraja etc. Psihoterapia organizată se poate face numai de către specialiști. Deosebim metode de tratament psihoterapie individuale și de grup.
- Ergoterapia este terapia prin muncă, urmărind reinserarea în societate, reabilitarea bolnavului psihic.
- Există o lungă serie de metode terapeutice în psihiatrie, ca: meloterapia (terapia prin muzică), terapia prin pictură, sculptură, terapia prin dans etc. Principalul în orice acțiune terapeutică psihiatrică este să-i creem bolnavului un mediu cât mai asemănător cu cel dinafară spitalului, să nu îl facem să se simtă izolat, respins de societate.