UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
FACULTATEA: PSIHOLOGIE ŞI PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ
CATEDRA : ASISTENŢĂ SOCIALĂ

DUMITRU CARATA

Psihopatologia

CHIŞINĂU 2010

Psihopatologia (Suport de curs)

Autor:

Dumitru Carata, doctor în medicină, conferenţiar universitar, Catedra Asistenţă Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chişinău, Moldova

Recenzenţi:

Aurelia Racu, dr. habilitat, conferenţiar universitar. Catedra Psihopedagogia Specială UPS „I.Creangă”.

Victoria Gonţa, dr.în psihologie, conferenţiar universital. Şef. Catedra Psihologie şi Asistenţă Socială, ULIM.

Carata D.

Psihopatologia : (Suport de curs) / D.Carata; Univ.Pedagogică „Ion Creangă”,

Fac: Psihologie şi Psihopedagogie specială, Catedra: Asistenţa socială. – Ch.: S. n.,2010 (Tipogr. UPS „I.Creangă). 115p.

Bibliogr.: p.114-115 (31 tit).- 200 ex.

ISBN 978-9975-46-061-3.

159.59:616.89(075.8)

C 23

CUPRINS

I. Psihopatologia, noţiuni generale 4
II. Psihopatologia proceselor psihice 10
Tulburările de percepţie 10
Tulburările de vigilenţă şi somn 16
Tulburările vieţii instinctuale 21
Tulburările de comportament alimentar 23
Tulburările psiho-sexuale 24
Tulburările de activitate 25
Tulburările de voinţă 27
Tulburările de caracter 28
Tulburările afective 29
Tulburările de memorie 33
Psihopatologia proceselor de inteligenţă 35
Tulburările de gândire 35
Tulburările de expresie 40
Tulburările de schemă corporală 46
Tulburările de personalitate 49
III. Psihopatiile 51
IV. Psihogeniile. Nevrozele 57
Psihozele reactive 64
V. Tulburările psihice ca urmare a dereglării metabolismului 67
VI. Tulburările psihice în bolile endocrine 69
VII. Tulburările psihice în bolile aparatului genital şi în perioada puerperală 72
VIII. Epilepsia 77
IX. Psihoza maniaco-depresivă 85
X. Schizofrenia 89
XI. Alcoolismul 98
XII. Narcomania, toxicomania 106
XIII. Bibliografie 114

I. PSIHOPALOGIA (noţiuni generale).

Psihopatologia se constituie ca disciplină de sine stătătoare, la confluenţa întâlnirilor interdisciplinare ale „umanului”. Ea va prelua obiectul de la psihiatrie, modelul de gândire şi metodele – de la psihologie şi filozofie, iar atitudinea faţă de obiectul cunoaşterii – de la psihanaliză. Odată constituită, psihopatologia îşi organizează direcţiile de cunoaştere în următoarele sectoare:

a) Psihopatologia generală: studiază normalitatea şi anormalitatea psihică, doctrina bolii mintale, conceptele şi limbajul său ştiinţific, discursul epistemic,etc.
b) Psihopatologia clinică: studiază procesele de organizare şi dezorganizare a sistemului personalităţi, fenomenele psihice morbide reprezentate prin tulburările proceselor psihice, simptomele şi sindroamele psihopatologice, precum şi cadrul general al nosologiei psihiatrice.
c) Psihopatologia nosologică : studiază aspectele psihopatologice specifice ale bolilor mentale, tipul de alterare psihică şi semnificaţia medico-psihologică a bolilor mintale. Un loc important este rezervat patologiei psihosomatice precum şi suferinţelor psiho-morale.
d) Psihopatologia antropologică şi socială: studiază într-o manieră sintetico-globală modele de personalitate în psihopatologie,tulburările psihice ale grupurilor socio-umane (psihozele colective), variaţiile trans-culturale sau etno-culturale ale bolilor psihice, raporturile psihopatologiei cu alte discipline umaniste.

Interesul psihopatologiei se axează pe omul în suferinţă, nu pe boală, ca în cazul psihiatriei clinice. Din aceste motive, psihopatologia va studia următoarele aspecte:

- ❖ Câmpul de observaţie al „faptului psihiatric”, va cuprinde structurile personalităţilor morbide, modurile şi sensurile delirului, structurile socio-familiare, modurile de comunicare – expresiile, actele şi conduitele bolnavilor.
- ❖ Metodologia va fi orientată în trei direcţii principale:

1. Înţelegerea, care constă într-un efort de pătrundere intuitivă a fenomenului psihic morbid, semnificaţia acestuia fiind raportată la persoana şi viaţa bolnavului. În acest caz, avem de-a face cu o atitudine fenomenologică, care caută să vadă în simptomul clinic sensurile unui conţinut vital.

2. Explicarea - operaţia intelectuală ce completează înţelegerea prin interpretări şi stabilirea unor legături de cauzalitate între diferite date de observaţie.

3. Interpretarea fenomenului psihic morbid, ce va fi condusă după metoda reflecţiei filozofice, ea având caracterul unei hermeneutici a descifrării semnificaţiei faptului psihiatric şi implicit a naturii diferite a persoanei bolnavului psihic.

Normalitate şi anormalitate în viaţa psihică.

Atât anormalitatea cât şi normalitatea îşi au sediul şi se manifestă în cadrul „sistemului personalităţii". Ele nu sunt structuri fixate ci depind de direcţia de manifestare a „dispoziţiilor" care se organizează în raport cu modelele constituţionale psiho-biologice ale sistemului personalităţii individului respectiv. Prin „dispoziţii", în cazul de faţă, înţelegem potenţialul genetic al structurilor neuro-anatomice, dinamica neuro-psihologică, precum şi calităţile dobândite de individ prin educaţie, cultură, model familiar, şcolar, profesional, social, valori morale, religioase. În sensul acesta, normalitatea, precum de altfel, şi anormalitatea trebuie considerate organizarea structurată a sistemului personalităţii acestuia.

Între normalitatea şi anormalitatea psihică există un anumit echilibru stabil şi controlat de însăşi modalitatea de funcţionare a mecanismelor de autoreglare ale „sistemului personalităţii". Fiind ipostaze egal posibile ca disponibilitate ale persoanei umane, normalitatea şi anormalitatea se înscriu în ordinea ontologică a acesteia. În mod firesc deducem de aici că „sistemul personalităţii" este organizat dialectic, după principiul complementarităţii antinomice al contrariilor, în asemenea măsură încât se poate vorbi despre o „balanţă normal-patologica", de a cărei funcţionare depinde atât starea de echilibru, respectiv sănătatea mintală, cât şi starea de dezechilibru, respectiv boala psihică. Dacă nu ar exista această modalitate dialectică de „organizare complementară" ca dispoziţie a „sistemului

personalităţii", acesta ar avea un caracter static rigid, încremenit.

Dispoziţia interioară în funcţie de circumstanţele vieţii individului, care vor fi favorizate (sano-genetice) sau nefavorizate (morbi-genetice), poate lua aspectul formelor normalităţii sau pe cel al formelor anormalităţii. Atât starea de echilibru interior (normalitatea), cât şi cea de dezechilibru interior (anormalitatea) vor depinde de modalitatea de „a răspunde" la factorii circumstanţiali care acţionează asupra individului în decursul vieţii acestuia. Rezultă de aici faptul că atât sănătatea, cât şi boala îşi au originea în modalitatea de organizare şi dinamica sistemului personalităţii.

Orice răspuns la acţiunea factorilor externi este în primul rând, un efort care solicită mecanismele de apărare/adaptare ale persoanei la circumstanţele în permanentă schimbare ale vieţii acesteia. Dar acest „răspuns" nu este o manifestare exterioară. El presupune şi o schimbare interioară, care este însăşi condiţia, fie a menţinerii, fie a tulburării echilibrului dintre normal şi patologic.

Aceste „schimbări" nu îşi au cauza numai în factorii circumstanţiali ai vieţii. În mod egal, schimbările sunt produse şi de manifestări interioare , proprii sistemului personalităţii, fără nici un fel de intervenţie din afară şi care nu au întotdeauna un caracter „pato-plastic". Cele mai semnificative, în sensul acesta, sunt crizele psiho-biologice de dezvoltare, şi cele de involuţie.

Istoria vieţii individului este discontinuă. Ea se constituie din etape bine definite, cu o configuraţie proprie, specifică, întrerupte de crizele de vârstă ce marchează trecerea de la o etapă la alta. Aceasta trecere, presupune schimbări atât interioare cât şi exterioare, solicită mecanisme de apărare/adaptare ale persoanei, în funcţie de noile condiţii diferite permanent de la o etapă la alta. În aceste momente, odată cu schimbarea regimului psiho-biologic al personalităţii se schimbă şi tipul de normalitate al acesteia şi odată cu el, şi vulnerabilitatea pentru noul tip de anormalitate. Rezultă aici faptul că balanţa normal/patologic nu este aceeaşi pe tot parcursul vieţii individului.

Un alt aspect al raportului normal/patologic este dat de treapta „epuizare „psiho-energetică" în timp. Pe parcursul vieţii individului, capacităţile individului

psiho-energetice se epuizează treptat. Posibilitatea de a răspunde la factorii de mediu, la evenimentele vieţii cotidiene se reduc treptat şi permanent, spre finalul vieţii ajungându-se la o diminuare considerabilă a acestora. Trebuie făcută o precizare, raportul normal /patologic şi mecanismele de echilibrare ale acestuia sunt diferite în ceea ce priveşte sfera somatică în raport cu sfera vieţii sufleteşti a fiinţei umane. Între normalitatea şi anormalitatea biologică şi cea psihologică există o diferenţă calitativă importantă.

Fiinţa biologică ,,asimilează" în mod automat factorii de mediu de la care nu se poate sustrage şi de care depinde existenţa sa, pe când fiinţa psihică se „acomodează adaptiv" la evenimentele vieţii trăite, conform unor strategii gândite conştient. În procesul de adaptare a fiinţei psihologice intervin conştiinţa reflexivă, educaţia, cultura, experienţa viaţa, aptitudinile etc.

Faţă de aceste aspecte, se poate spune ca normalitatea psihică este rezultatul capacităţii de adaptare a individului, în sensul de ,,acceptare", la condiţiile vieţii trăite de individ.

În mod analog, anormalitatea psihica este consecinţa conflictului, a dezacordului exprimat de individ prin slăbirea sau pierderea capacităţilor sale de adaptare, căreia se adaugă inadaptarea finală a acestuia la condiţiile vieţii trăite. Din aceste considerente atât normalitatea, cât şi anormalitatea psihică dobândesc semnificaţia unor atribute antologice ale persoanei umane. Acestea le deosebesc de natura normalităţii şi anormalităţii biologice în care rămân înscrise în ordinea raporturilor sferei somatice cu mediul fizic extern.

Clasificarea bolilor psihice.

I. Tulburări psihice pure, în care sunt cuprinse următoarele:

1. Stări de organizare disarmonică, de natură caracteriopatică, a personalităţii: psihopatiile şi stările psihopatoide.

2. Tulburări reactive şi nevroze, cauzate de factori psihotraumatizanţi externi, cu conservarea conştiinţei şi a personalităţii bolnavilor.

3. Tulburări psihice grave, care afectează conştiinţa şi produc o alterare profundă a sistemului personalităţii bolnavilor, reprezentate prin psihoze. În acest

grup extrem de important, distingem două subclase de tulburări, diferite între ele în primul rând prin cauzele care le produc, tipul de evoluţie clinică, prognosticul şi modalitatea de afectare lezional-organică a creierului. Acestea sunt următoarele: a) *psihozele exogene,* tulburări psihice majore care afectează personalitatea şi recunosc mulţi factori etiologici externi ce produc leziuni majore, de diferite tipuri, intensităţi şi localizări pe creier. Ele pot fi următoarele: *psihoze toxice* (alcoolul, toxicomaniile), *psihozele infecţioase* (neurosifilisul), *psihozele organice cerebrale* (traumatismele cerebrale, tumorile cerebrale, abcesele cerebrale, tuberculoamele etc.), *psihozele endocrine* sau „sindromul psiho-endocrin" consecutive unor endocrinopatii şi *psihozele metabolice* şi *carenţiale* (encefalopatia porto-cavală, pelagra, uremia, psihozele de maternitate etc.);

b) *psihozele endogene* sunt tulburări psihice majore, de o gravitate severă, care afectează sistemul personalităţii fără a fi însoţite de o leziune cerebrală, şi care recunosc o cauză endogenă (predispoziţie morbidă constituţională), având de regulă un caracter genetic. Ele sunt *psihozele afective* (boala afectivă uni- sau bipolară), *psihozele din grupa schizofreniei, psihozele delirante cronice simple* sau *halucinatorii, psihozele schiţo-afective.*

4. Tulburări psihice cauzate de o *nedezvoltare* sau *oprire în dezvoltarea* sistemului personalităţii, din diferite cauze (toxice, traumatice, infecţioase, genetice etc.) care survin în viaţa intrauterină, în perioada prenatală sau imediat postnatală a individului, în această categorie intră următoarele tulburări: *stările de arieraţie* sau *oligofreniile.*

5. Tulburări psihice grave cauzate de unele deteriorări severe, cu evoluţie cronico-progresivă, ale sistemului personalităţii, care apar fie în perioada presenilă *(demenţele Pick* şi *Alzheimer),* fie în perioada de involuţie senilă *(demenţa senilă şi prezbiofrenia)* şi care realizează tabloul clinic al *demenţelor;* în acest grup distingem două subclase:

a) *demenţele abiotroflce primare,* cu leziuni organice cerebrale ale ţesutului nervos nobil (neuroni şi nevroglie), de tip presenil (Pick şi Alzheimer) şi de tip senil (demenţa senilă şi prezbiofrenia);

b) *demenţele secundare* unor leziuni organice cerebrale de tip vascular, infecţios (luetic), traumatic, toxic (alcoolismul) etc.

II. Tulburări mixte, psihosomatice, în cadrul cărora tabloul clinic este dominat de tulburările somato-viscerale, ca o consecinţă a „conversiunii somatice" a tulburărilor psihice, aşa cum sunt ele întâlnite în următoarele situaţii:

1. Conversiunea somatică din cursul isteriei;
2. Afecţiuni clinice, psihice, somatice sau psihosomatice, induse sugestiv fie prin imitaţia altor bolnavi cu care individul vine în contact, fie prin inducţie din contactele repetate cu medicii (consultaţii medicale repetate la diferite specialităţi, investigaţii medicale, încercări terapeutice etc.);
3. Afecţiuni psihosomatice pure ca forţe de manifestare ale unor stări de dezechilibru psihic (astmul bronhial, urticaria, ulcerul gastric, colita, dermatozele etc.).

III. Suferinţele psiho-morale cuprind grupa de tulburări ale persoanei care interesează Eu-l acesteia, conştiinţa de sine, simţul şi conştiinţa morală, responsabilitatea şi discernământul individului. Deşi ele nu sunt considerate tulburări psihice şi nici nu pot fi ca atare, ele afectează ca suferinţă morală şi trebuie studiate şi cunoscute. În această categorie intră următoarele: dificultăţi de adaptare (izolarea, situaţiile critice sau de impas ale vieţii), dificultăţi de comunicare, consecinţele unor evenimente sau situaţii negative de eşec cu care s-a confruntat individul (frustrări, complexe, situaţii castratoare, carenţe afective etc.), dificultăţi de dezvoltare şi maturizare afectivă şi morală primare sau legate de mediul de viaţă (dependenţă, imaturitate, situaţie cotidiană nerezolvată, devianţă de comportament).

II. PSIHOPATOLOGIA PROCESELOR PSIHICE.

Boala psihică reprezintă *o ruptură* a stării de normalitate mintală, o schimbare a personalităţii, manifestată în multiple forme şi pe planuri diferite; totalitatea schimbărilor psihopatologice care se produc în sfera vieţii psihice a persoanei bolnavului sunt manifestări clinico-psihiatrice care exprimă schimbarea respectivă. Aceste schimbări, considerate ***tulburări ale proceselor psihice,*** **reprezintă *simptomele* sau *semnele bolii.*** Cunoaşterea simptomatologiei bolilor psihice este absolut necesară pentru înţelegerea naturii acestora.

Tulburările de percepţie.

Cadru general.

Percepţia este operaţia psihologică prin care noi cunoaştem prezenţa actuală a unui obiect exterior prin intermediul modificărilor pe care acest obiect le imprimă organelor noastre senzoriale (A. Porot).

Percepţia este o sinteză psihologică extrem de complexă care necesită cooperarea diverselor date senzoriale. Excitaţia senzorială declanşează o serie de reacţii reflexe, cu caracter inconştient, provocând senzaţii particulare din care se va constitui „întregul perceptiv". Ea presupune şi o participare mnezică, ideativă şi afectivă. Percepţia oferă aspecte psihopatologice extrem de complexe şi interesante, care sunt frecvent întâlnite în cursul tulburărilor psihice.

Tulburările de percepţie se pot prezenta sub următoarele aspecte:

1) creşterea intensităţii perceptive de tipul *hiperesteziei*;
2) scăderea intensităţii percepţiei *(hipostezie)* sau pierderea sa totală *(anestezia)*;
3) prezenţa unor false percepţii sau a *iluziilor*;
4) percepţii fără obiect sau *halucinaţii.*

1. *Hiperesteziile*

Hiperesteziile reprezintă creşterea în intensitate a percepţiilor caracterizată

prin faptul că bolnavul percepe excitaţiile externe mult mai viu, mai intens decât în mod obişnuit. Stările de hiperestezie pot apărea în următoarele situaţii:

a) stări de oboseală prelungită sau surmenaj ;
b) în stadiile de debut ale unor boli psihice;
c) în perioada de instalare a unui sindrom confuzional;
d) în stadiile prodromale ale unor boli infecţioase;
e) în cursul perioadelor de convalescenţă după bolile infecţioase.

Tot în sfera hiperesteziilor se mai situează şi *imaginile eidetice,* care sunt reprezentări foarte clare, aproape cu caracter perceptiv net ale unor fenomene anterior percepute.

2. *Hipoesteziile*

Hipoesteziile constau în scăderea pragului sensibilităţii la acţiunea stimulilor externi, în aceste cazuri, totul apare neclar, ca prin ceaţă, zgomotele sunt înăbuşite, surde, îndepărtate. Hipoesteziile sunt semnalate în următoarele circumstanţe patologice:

a) stările de stupoare;
b) în cursul schizofreniei;
c) în sindromul de depersonalizare şi derealizare din cursul afecţiunilor organice cerebrale.

3. *Iluziile*

Iluziile sunt false percepţii la baza cărora se află stimul senzorial real, dar care nu e perceput aşa cum este el de fapt în realitate, ci în mod deformat. Iluziile sunt cauzate de unele tulburări de percepţie asociate unor stări afective speciale (frica din timpul nopţii, iluziile optico-geometrice, iluziile de greutate etc.)

La bolnavii psihic, convingerea că iluziile au un caracter autentic şi nu „o percepere deformată a realităţii" le conferă o latură patologică specială, de factură delirantă. După modalitatea lor perceptivă, iluziile pot fi de mai multe feluri, şi anume:

a) *Iluziile vizuale,* când forma şi imaginea vizuală a obiectului apare complet

schimbată. Ele se întâlnesc în următoarele situaţii patologice: stări confuzionale toxice, delirium tremens alcoolic, confuzia mintală infecţioasă, în cursul stărilor anxioase înainte de a adormi.

În această categorie a iluziilor vizuale intră *şi falsele recunoaşteri,* când bolnavul identifică anumite persoane cu altele, ca în cursul stărilor confuzionale în sindromul Korsakow, în demenţa senilă. O formă particulară o reprezintă *iluziile saşiilor,* descrise de Capgras, care constau în atribuirea de către bolnav a aceleaşi identităţi mai multor persoane care nu seamănă fizic între ele sau care se aseamănă foarte puţin. Acest tip de iluzii este întâlnit în schizofrenia paranoidă, delir sistematizate halucinatorii, sindroamele maniacale, sindroamele depresive.

b) *Iluziile auditive* constau în a identifica diferite zgomote cu sunete de altă natură. Ele apar în cursul parafreniei, în schizofrenia paranoidă şi în melancolie. Iluziile auditive trebuie deosebite de *interpretările delirante* şi de *halucinaţiile funcţionalei* în care stimulii reali sunt cei care determină apariţia acestor halucinaţii.

c) *Iluziile gustative* şi *olfactive* sunt mult mai rare şi se diferenţiază deosebit de greu de halucinaţiile sau interpretările delirante. Ele apar în cazurile de epilepsie temporală, leziuni ale hipocampului, tumori ale lobului temporal.

d) *Iluziile tactile* sau *cenestezice* privesc simţul extern şi pe cel intern, visceral, fiind iluzii raportate la propriul nostru corp. Ele se întâlnesc în cursul evoluţiei parafreniilor, al schizofreniei paranoide, precum şi în delirurile ipohondrice.

e) *Iluziile de transformare a schemei corporale* sau a „imaginii de sine" sunt percepţii anormale ale imaginii propriului corp, totale sau parţiale. Ele au o extrem de mare varietate şi nuanţare. Acest tip de iluzii este întâlnit în următoarele situaţii patologice: leziuni medulare (tabesul dorsal); leziuni cortico-cerebrale, în special cele localizate în zonele parietală, temporal sau occipitală, aşa cum sunt ele întâlnite în cursul sindromului Gerstmann şi al sindromului Anton-Babinski; psihozele toxice, traumatice, infecţioase sau

carenţiale (pelagra); aura epileptică.

f) *Iluziile spaţiale* apar în legătură cu perceperea deformată a spaţiului şi pot fi de două feluri:

- micropsii, constând în reducerea dimensiunilor spaţiului sau ale obiectelor
- macropsii, constând în creşterea dimensională a spaţiului sau a obiectelor cuprinse în acesta.

Iluziile spaţiale sunt întâlnite de regulă în cursul evoluţiei proceselor encefalice sau a tumorilor cerebrale cu localizare temporală.

4. *Halucinaţiile*

B. Ball defineşte halucinaţiile ca fiind „percepţii fără obiect". Spre deosebire de iluzii care sunt percepţii deformate ale unor obiecte existente în realitate, în cursul halucinaţiilor, obiectul perceput lipseşte din câmpul realităţii perceptive, dar bolnavii sunt convinşi de existenţa şi veridicitatea acestuia.

Halucinaţia este o experienţă psihopatologică interioară care face ca individul să se comporte ca şi cum ar avea o senzaţie sau o percepţie reală, deşi condiţiile exterioare pentru realizarea acesteia lipsesc (A. Porot).

Ca şi iluziile, halucinaţiile pot lua forme extrem de variate de manifestare psihopatologică. În sensul acesta, menţionăm următoarele tipuri de halucinaţii clasificate după natura lor:

a) halucinaţiile propriu-zise sau adevărate, care întrunesc toate criteriile acestui tip de tulburare perceptivă: absenţa obiectului şi convingerea bolnavului de realitatea acestuia;

b) halucinozele, acele tulburări de percepţie în cursul cărora deşi apar „obiecte ireale", bolnavii recunosc că formele percepute nu corespund realităţii;

c) halucinaţiile psihice sau pseudo-halucinaţiile, cele percepute pe căile senzoriale obişnuite şi pe care bolnavul le situează în „creierul" său sau în „interiorul său" fără ale recunoaşte o proiecţie spaţială externă. Ele pot fi produsul unei activităţi imaginative marcate, hiper-productive şi se pot manifesta sub următoarele forme:

- sonorizarea propriei gândiri;
- fenomenele de xenopatie descrise de G.Clerambault;

- ecoul gândirii sau al lecturii;
- impresia de „furt al gândirii". .

Halucinaţiile psihice pot apărea în cursul schizofreniei, al parafreniilor, în cazul meningitelor sau al encefalitelor la copii;

d) halucinoidele sunt fenomene intermediare între reprezentări şi halucinaţii, care apar fie în perioada de dezvoltare a halucinaţiilor, fie în perioada de dispariţie a acestora.

Indiferent de natura acestora, halucinaţiile se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice generale:

- au o modalitate de reprezentare sau repartizare spaţială (exteroceptive, interoceptive sau proprioceptive);
- au o proiecţie spaţială;
- se caracterizează prin intensitate, claritate, culoare;
- au un caracter complex;
- au o mare rezonanţă afectivă;
- se pot asocia cu tulburări de gândire de tip delirant.

După modalitatea lor senzorială, halucinaţiile se împart în următoarele tipuri psihopatologice:

1.Halucinaţii auditive, raportate la analizatorul auditiv, care pot îmbrăca următoarele aspecte:

- halucinaţii auditive elementare: acoasme, zgomote;
- halucinaţii auditive comune, de tipul unor sunete precise;
- halucinaţii auditive verbale reprezentate prin cuvinte, fraze sau dialoguri ;

După conţinut halucinaţiile auditive pot fi: favorabile, nefavorabile, imperative, episodice, continue.

Halucinaţiile auditive apar cel mai frecvent în aura epileptică, în cursul delirurilor toxice si infecţioase, în melancolie, parafrenie sau la surzi.

2. Halucinaţiile vizuale sunt legate de percepţia patologică vizuală a unor obiecte absente din realitatea externă. Acestea pot fi de următoarele feluri:

- halucinaţii vizuale elementare, de tipul fantomelor;

- halucinaţii vizuale complexe sau figurate;
- halucinaţii vizuale în mişcare sau cinetice;
- după mărimea lor, halucinaţiile vizuale pot fi, aşa cum am mai menţionat deja micropsice sau macropsice;
- după tonalitatea afectivă, halucinaţiile vizuale pot fi plăcute, neplăcute sau terifiante;
- halucinaţiile vizuale pot apărea la adormire (hipnagogice) sau la trezirea din somn (hipnapompice).

Halucinaţiile vizuale pot fi întâlnite în următoarele situaţii patologice: migrena oftalmică, leziuni occipitale, temporale sau pedunculare, sindroame confuzionale; delir alcoolic; intoxicaţii cu plumb, atropină, mescalină; în cursul evoluţiei clinice a schizofreniei, în delirul mistic şi în PGP.

3. Halucinaţiile gustative şi olfactive sunt mai rare cu frecvenţa şi se asociază, de regulă, cu stările delirante, fiind deosebit de greu de diferenţiat de acestea. Ele pot avea un caracter agreabil sau dezagreabil. Sunt întâlnite în leziunile temporale sau hipocampice, în cazurile de schizofrenie, la epileptici, alcoolici sau în intoxicaţiile cu cocaină.

4. Halucinaţiile tactile interesează analizatorul tactil-cutanat şi ele sunt mai rare. Pot apărea în stările toxice, în cursul intoxicaţiilor cronice cu alcool sau cocaină şi la bolnavii schizofrenici.

5. Halucinaţiile interoceptive şi proprioceptive interesează sfera viscerală sau genitală. Au un caracter imprecis, fiind resimţite ca nişte stări cenestezice difuze, uneori ca un delir de posesiune sau sunt semnalate în cursul sindromului Cottard.

6. Halucinaţiile poli-senzoriale nu sunt modalităţi rare şi ele se caracteriza din punct de vedere psihopatologic prin asocierea mai multor modalităţi de halucinaţii prezente simultan la acelaşi bolnav psihic.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că tulburările de percepţie ocupă un loc important în sfera psihopatologiei, ele reunind un mare număr de tulburări psihice, extrem de complexe şi polimorfe, prezente în multe afecţiuni psihice.

Tulburările de vigilenţă şi somn.

În cadrul acestei grupe de tulburări ale proceselor psihice sunt cuprinse următoarele aspecte: ***tulburările de atenţie, tulburările de orientare, tulburările de conştiinţă vigilentă, tulburările de somn şi vis.***

Tulburările de atenţie

Atenţia este procesul psihic prin care activitatea unei persoane este orientată, spontan sau voluntar, asupra unui obiect sau fenomen din lumea exterioară sau asupra propriilor sale idei, reprezentări sau activităţi. Din aceste considerente, atenţia are un rol deosebit de important în procesul de orientare şi adaptare în realitate, ca o participare activă a individului la mediul său de viaţă.

Atenţia poate fi voluntară, involuntară sau spontană şi post-voluntară. Pentru ca ea să se poată produce, este necesar ca persoana să vină în contact cu anumiţi stimuli din exteriorul sau din interiorul său, care să-i trezească interesul. Din aceste motive, calitatea atenţiei unei persoane este dată de următorii *factori:* intensitatea stimulului, caracterul de noutate al acestuia, interesul pe care stimulul îl trezeşte pentru individ, o anumită stare afectivă pe care o declanşează, starea fiziologică a persoanei din acel moment.

Ca proces psihic, atenţia are următoarele calităţi:

a) *concentrarea,* constând în delimitarea unei sfere precise de obiecte asupra cărora este orientată atenţia;
b) *volumul* sau capacitatea de cuprindere simultană a unui număr mai mic sau mai mare de obiecte;
c) *intensitatea,* respectiv gradul de concentrare asupra unor anumite obiecte şi delimitarea acestora de restul celorlalte;
d) *distribuţia* sau capacitatea atenţiei de a cuprinde simultan două sau mai multe obiecte sau acţiuni diferite;
e) *stabilitatea* sau posibilitatea de a menţine mai mult timp atenţia asupra aceleiaşi activităţi, chiar dacă obiectele sau acţiunile acestora se modifică;
f) *deplasarea,* însuşirea atenţiei de a trece de la un tip de activitate la altul;
g) *distragerea,* care constă în scăderea atenţiei care poate merge până la totala

dispariţie.

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările de atenţie pot fi *globale,* privind atât atenţia voluntară, cât şi pe cea involuntară; de asemenea, ele pot fi *diferenţiate*, privind una dintre multiplele calităţi ale procesului de atenţie.

În psihopatologie, atenţia poate fi *exagerată* sau *diminuată,* mergând până la completa ei suprimare *(aprosexie).* O *scădere globală* a atenţiei apare în confuzia mintală în legătură cu tulburările stării de conştiinţă Acest aspect mai poate fi întâlnit şi în stadiile de debut ale PGP in oligofrenii ,stările demenţiale, melancolie şi schizofrenie. O *exagerare a atenţiei este semnalată in cursul de* excitaţie maniacală, delirurile sistematizate, stările ipohondrice, ideile obsesive.

Tulburările de orientare

Orientarea este capacitatea unei persoane de a se adapta sau integra în toate situaţiile vieţii, generale sau particulare, în raport cu timpul, spaţiul şi propria sa persoană Orientarea este o aptitudine psihică legată de gândire, memorie, învăţare şi de stare conştiinţă.

Rezultă din afirmaţia de mai sus că tulburările de orientare, aşa cum sunt ele întră în sfera psihopatologiei, sunt în raport direct cu formele orientării, şi anume tulburări de dezorientare spaţială, tulburări de dezorientare temporală şi tulburări de dezorientare raportate la propria sa persoană.

Tulburările de orientare sunt deosebit de frecvente în următoarele situaţii patolog oligofrenie, în cursul evoluţiei clinice a demenţelor presenile şi senile, în psiho-sindroamele organice cerebrale, în cursul tulburărilor stării de conştiinţă vigilentă (crepusculare, delir, epilepsie), în cursul tulburărilor de memorie.

Tulburările de conştiinţă

În psihologie, *conştiinţa* se defineşte ca fiind starea dintr-un moment dat a sumei de informaţii pe care le cuprinde psihicul, în conformitate cu care spiritul le ordonează sau se lasă ordonat de acesta (J. Sutter).

După J. Delay, conştiinţa reprezintă „funcţia vigilentă" şi ea comportă diferite grade ierarhice, după cum urmează:

a) inconştientul, realizat în cursul somnului;

b) subconştientul, domeniu al actelor şi comportamentelor automate;

c) conştiinţa clară sub forma sa imediată şi spontană, caracterizată prin starea de reverie;

d) conştiinţa clară şi mediată sau reflectată, care presupune un efort, un grad superior de tensiune psihologică. Ea este actul de „luare la cunoştinţă" care realizează sinteza mintală sub forma sa cea mai perfectă.

În psihopatologie, *tulburările de conştiinţă* sunt reprezentate printr-o paletă extrem de complexă şi variată de manifestări morbide. Le vom prezenta sintetic în continuare:

1. *Îngustarea stării de conştiinţă* este o tulburare pasageră, de diferite grade ca intensitate, a câmpului conştiinţei clare, aşa cum este ea întâlnită în cursul stărilor afective puternice.
2. *Somnolenţa* este o stare de dormitare continuă, dar din care bolnavul, cu care se poate comunica, poate fi trezit uşor.
3. *Soporul* este o stare de somnolenţă din care însă bolnavul nu poate fi trezit decât prin aplicarea unor stimuli deosebit de energici.
4. *Toropeala* este asemănătoare unei stări de somnolenţă, dar are o intensitate mult mai profundă decât aceasta.
5. *Obnubilarea* sau „înceţoşarea" stării de conştiinţă este acea tulburare în cursul căreia percepţiile devin mult mai vagi, atenţia nu se mai poate fixa, apare dezorientarea temporal-spaţială. Ea este întâlnită în cursul stărilor infectocontagioase şi toxice, în meningoencefalite, insuficienţă circulatorie cerebrală, insolaţii, tumori sau traumatisme cerebrale şi face parte din tabloul clinic al sindromului confuzional.
6. *Stările ametive* reprezintă tulburări grave ale stării de conştiinţă, cu dezorientare temporal-spaţială şi asupra propriei persoane, agitaţie extremă şi dezordonată. Ele apar în cursul toxiinfecţiilor grave, azotemie etc.
7. *Stările crepusculare* sau secunde au un caracter paroxistic şi debutează brusc. În cursul acestora, bolnavul execută acţiuni coordonate, complexe, urmate, la revenirea stării de conştiinţă, de o amnezie completă. Ele se termină la fel de

brusc cum au apărut, reprezentând tulburări psihice din seria echivalenţelor epileptice. Sunt frecvente şi aproape specifice în cazul epilepsiei temporale şi al intoxicaţiilor.

8. *Mutismul achinetic,* descris de H. Cairns, apare în leziunile rostrale ale trunchiului cerebral. Din punct de vedere psihopatologic, acesta constă într-o tulburare de conştiinţă însoţită de imobilitate, alalie, bolnavii răspund motor la excitaţiile mecanice, întorc privirea în direcţia stimulilor, înghit alimentele, dar nu vorbesc.
9. *Stările de vis (dreamy estates)* sunt tulburări specifice de conştiinţă, cunoscute şi sub denumirea. De „crize uncinate" (descrise de H. Jackson) datorită asocierii acestora cu leziuni ale uncusului hipocampic. Ele apar brusc, asociate cu halucinaţii olfactive şi gustative şi sunt urmate de o stare particulară de conştiinţă de tipul „deja-viu" sau „deja-connu". Apar în epilepsia temporală, infecţii, intoxicaţii, procesele encefalice.
10. *Stupoarea confuzională* este o scădere accentuată a stării de conştiinţă în cursul căreia reacţiile bolnavului sunt deficitare, activitatea motorie şi psihică fiind suspendată.
11. *Derealizarea* este tulburarea de conştiinţă în cursul căreia bolnavul are impresia că totul este schimbat în jurul său, diferit de cum era înainte şi înstrăinat. Acest tip de tulburare apare în cursul schizofreniei, melancoliei, în psihastenie şi se poate asocia uneori cu depersonalizarea.
12. *Stările comatoase* sunt tulburări cantitative şi calitative ale stării de conştiinţă de diferite grade de intensitate sau profunzime, precum şi de durată. Ele sunt cauzate fie de stări toxico-infecţioase sau post-epileptice, fie, în cazurile grave, de leziuni ale trunchiului cerebral, situate la diferite niveluri ale acestuia.

Tulburările de somn

Somnul natural este un mod periodic de restaurare a vieţii psihice consecutiv ritmului vigilent al individului din cursul zilei. El este necesar şi indispensabil, fiind complementar ca funcţie stării de vigilentă pentru păstrarea echilibrului psihic şi a stării de sănătate mintală a individului.

În psihopatologia generală a somnului se descriu două tipuri de tulburări: tulburări tranzitorii, ce reprezintă o „parte normală" a vieţii cotidiene, şi tulburări cronice, cu o durată de peste o lună de zile şi care sunt considerate a fi patologice. În ceea ce priveşte formele tulburărilor de somn, în psihopatologie se descriu două mari tipuri: *disomniile,* în care tulburarea constă în cantitatea, calitatea sau orarul somnului, şi *parasomniile,* în care tulburarea constă într-un eveniment anormal care poate surveni în cursul somnului.

1. *Disomniile.* În această grupă de tulburări de somn intră următoarele:

a) *insomniile,* caracterizate prin faptul că somnul este deficitar în raport cu cantitatea sau calitatea necesară pentru o funcţionare normală a individului în timpul zilei;

b) *hipersomniile,* acele situaţii în cursul cărora persoana simte o necesitate

excesivă de somn atunci când se află în stare vigilentă, deşi, în mod obişnuit, ea are un somn de durată normală;

c) *tulburările ritmului somn - veghe,* ce constau într-un dezechilibru între modelul de somn-veghe al persoanei şi modelul care este considerat a fi normal pentru mediul său.

2. *Parasomniile* sunt acea grupă de tulburări care se datorează unui eveniment anormal care poate surveni în timpul somnului sau la limita dintre somn şi starea de veghe. În cadrul para-somniilor, notăm existenţa următoarelor aspecte psihopatologice:

a) *apneea de somn,* caracterizată prin oprirea respiraţiei şi trezirea bolnavului;

b) *anxietatea de vis* sau coşmarul, care este deşteptarea repetată din somn cu amintirea detaliată a viselor terifiante din cursul somnului;

c) *enurezisul funcţional,* ce constă în pierderea de urină în somn;

d) *teroarea de somn,* episoade repetate de deşteptare bruscă din somn, începând de regulă printr-un strigăt de panică al bolnavului;

e) *somnambulismul,* episoade repetate ale unei secvenţe de comportamente:

sculatul din pat şi mersul împrejur fără ca persoana să fie conştientă de aceasta, apoi adormire şi amnezie completă.

Tulburările vieţii instinctuale.

Aspecte psihologice generale

Se consideră instinctele ca fiind factorii ce determină apariţia şi orientarea comportamentului, acestea având un rol hotărâtor în procesul de supravieţuire aspectul *McDougall* vorbeşte despre „forţa hormică" şi, asemenea lui C. von Manakow, pune în prim-plan importanţa pulsiunilor impulsurilor instinctuale, identificându-le cu „elanul vital" bergsonian. S.Freud denumeşte pulsiunile impulsurilor instinctuale „libido".

Pentru CI. Bernard, toate manifestările vitale au ca scop menţinerea constantă a „mediului intern". W. B. Cannon desemnează cu termenul „homeostazie" această tendinţă generală de restabilire a echilibrului intern tulburat, afirmând că orice fiinţă vie este un organism care dispune de capacitatea de a-şi compensa tulburarea echilibrului său intern prin neutralizarea factorilor perturbanţi.

Instinctele sau *trebuinţele* sunt activităţi ale organismului îndreptate spre satisface nevoilor acestuia în vederea menţinerii şi dezvoltării vieţii individuale. Ele se caracterizează prin următoarele:

a) trebuinţa instinctuală are întotdeauna un obiect;

b) fiecare trebuinţă capătă un conţinut concret în funcţie de condiţiile şi felul în care este satisfăcută;

c) una şi aceeaşi trebuinţă are tendinţa de a se repeta;

d) dezvoltarea trebuinţelor se realizează prin schimbarea sferei de obiecte care satisfac şi, de asemenea, prin schimbarea modului de satisfacere.

E. Dupre distinge trei niveluri sau zone în sfera instinctelor :

a) instinctul de conservare, privind instinctele personale, egoiste relative la viaţa individului;

b) instinctul de reproducere, privind instinctele sexuale, genetice, în relaţie cu viaţa şi perpetuarea speciei;

c) instinctul de asociere, privind integritatea instinctelor colective, altruiste, în

raport cu viaţa comună din cadrul societăţii.

Fiecăreia dintre grupele de instincte de mai sus îi corespund anumite caracteristici proprii.

Instinctul de conservare se raportează la nevoile sau apetisantele nutritive, posesiunea de bunuri materiale, respectiv instinctul de proprietate şi, în fine, la sentimentul propriei personalităţi (egocentrism, ambiţie, orgoliu, vanitate etc.)

Instinctul de reproducere priveşte funcţiile genetice, viaţa şi activitatea sexuală a individului, perpetuarea speciei, dorinţa de a avea copii, sentimentele de ocrotire şi de creştere a copiilor.

Instinctul de asociere priveşte instinctele sociale, altruiste, în raport cu viaţa colectivă. Aceste instincte grupează ansamblul de tendinţe constituţionale care permit individului să se adapteze la viaţa colectivă, să aibă un statut şi un rol social, să-şi ordoneze relaţiile şi conduitele în raport cu normele modelului sociocultural. Toate aceste tendinţe derivă, după E. Dupre, Th. Ribot şi M.Scheler, din „instinctul de simpatie", în virtutea căruia individul se simte atras către ceilalţi. Instinctul de simpatie exprimă acordul individului cu ceilalţi membri ai grupului. El este acea „tendinţă ego-altruistă care rezumă în ea combinarea instinctelor de conservare individuală, de reproducere specifică şi de solidaritate gregară, unite pentru a asigura, în cadrul speciei şi în timp, opera de continuitate a vieţii" (E. Dupre).

Psihopatologia tulburărilor vieţii instinctuale

Psihopatologia cuprinde o gamă variată şi complexă de tulburări ale instinctelor. Ele pot fi, în general, de trei categorii:

1. *Tulburări în exces* ale manifestărilor instinctuale, ale nevoilor sau trebuinţelor fundamentale ale individului. Cele mai frecvente sunt nevoia exagerată de aport şi ingestie alimentară (polifagia sau bulimia) şi consumul exagerat, excesiv de lichide (potomania).

2. *Tulburări în minus* sau diminuarea satisfacerii nevoilor instinctuale ale individului se manifestă, în mod predilect, tot în sfera aportului de alimente sau de

lichide şi este reprezentat prin refuzul parţial sau total de a se alimenta (anorexia) sau de a consuma lichide (sitiofofia).

3. Cea de-a treia mare grupă de tulburări ale instinctelor este reprezentată prin *pervertirea instinctelor.* În această categorie întâlnim următoarele tipuri de tulburări:

a) *pervertirea instinctului alimentar* prin deturnarea apetitului de la alimentele comestibile către obiecte sau produse necomestibile, ca în cazurile de coprofagie, pică etc.;

b) *pervertirea instinctului matern,* manifestat prin abandonul copilului, aversiune sau ură faţă de copil, refuzul de a-1 îngriji, pruncucidere;

c) *pervertirea instinctului de autoconservare,* manifestat prin automutilări sau suicid;

d) *perversiuni ale instinctului sexual,* vizând obiectul plăcerii sau modalitatea de obţinere a plăcerii erotico-sexuale. Acest grup de perversiuni cuprinde o gamă extrem de largă de manifestări, dintre care vom menţiona: nimfomania şi satiriazisul, exhibiţionismul şi fetişismul, sadismul şi masochismul, homosexualitatea feminină (lesbianismul) şi masculină (pederastia), bestialitatea şi necrofilia, gerontofilia şi pedofilia etc.

Se poate observa din cele de mai sus că tulburările vieţii instinctuale reprezintă un domeniu extrem de larg şi de o nuanţare complexă a sferei psihopatologiei. Aceste tulburări sunt întâlnite destul de frecvent şi ele însoţesc multe afecţiuni psihiatrice. Un loc predilect îl ocupă prezenţa tulburărilor instinctuale în sfera psihopatiilor, la oligofreni şi demenţi.

Tulburările de comportament alimentar.

În această clasă de tulburări care privesc trebuinţele alimentare sunt incluse *anorexia mintală* şi *bulimia nervoasă.* Prima se caracterizează prin refuzul de a avea o greutate corporală minimă necesară acceptată în limitele normalului; cea de-a doua constă în episoade de ingestie alimentară compulsivă, urmată de o creştere ponderală rapidă şi anormală.

1. Anorexia mintală.

Este o tulburare gravă caracterizată din punct de vedere psihopatologic prin *anorexie scădere ponderală, amenoree şi o structură mintală specifică.* Tulburarea apare de regulă la pubertate şi este predominantă ca incidenţă la fete între 15 şi 20 de ani. Evoluţia tulburărilor se desfăşoară în trei faze:

a) restrângerea aportului alimentar mergând până la refuzul complet de a mânca, urmată ulterior de pierderea apetitului alimentar;

b) a doua fază constă în consolidarea ideii de refuz alimentar, devenită regulă de conduită asociată cu impresia absenţei oricărei consecinţe negative pentru organism.

c) cea de-a treia fază se caracterizează printr-o stare de caşexie urmată de complicaţii somatice grave şi moartea bolnavei.

Ch. Durând descrie câteva tipuri de anorexie mintală: nevrotică, psihotică, conflictuală. În plus, se mai semnalează anorexia mintală a sugarului şi a tinerelor femei măritate ca o formă de refuz conjugal.

2. Bulimia nervoasă.

Este o tulburare nevrotică a comportamentului alimentar opusă anorexiei mintale şi care constă în ingestia exagerată a unor cantităţi crescute de alimente, având drept urmare o creştere rapidă a greutăţii corporale. Ca şi în cazul anorexiei mintale, apar turburări legate de imaginea de sine. Tabloul psihopatologic este consecinţa unor frustrări, carenţe emoţionale, situaţii conflictuale interiorizate care se „descarcă" prin aportul alimentar exagerat.

Tulburările psiho-sexuale.

Această categorie ocupă un loc aparte în sfera psihopatologiei, motiv pentru care o tratăm separat de tulburările vieţii instinctuale. Tulburările psiho-sexuale sunt date, dincolo de devianţele şi manifestările patologice instinctuale, de normele morale, religioase şi de sistemele de interdicţie/reprimare a acestor manifestări, specifice fiecărui model sociocultural. În sensul acesta, societatea „decupează" din cadrul formelor de comportament sexual acele „aspecte" considerate de ea ca fiind „negative" în raport sistemul de valori moral-religioase, culturale etc. Aceste „decupaje" vor fi etichetate ca fapte reprobabile, ca stări anormale în raport cu

formele de comportament sexual admise de societate la momentul respectiv (C. Enăchescu). Ele vor fi ulterior „medicalizate", constituind cadrul clinic al tulburărilor psiho-sexuale.

Tulburările psiho-sexuale, recunoscute şi admise de către toţi specialiştii în domeniu se prezintă sub forme diferite, dar care respectă şi recunosc toate tulburările de fond.

Pentru J.D. Guelfi şi colaboratorii săi, tulburările conduitelor sexuale sunt reprezentate prin:

a) tulburări prin exces (hiper-sexualitatea);

b) tulburări prin lipsă (scăderea libidoului);

c) tulburări de dinamică sexuală (tulburări de erecţie şi ejaculaţie, frigiditate, vaginism, priapism);

d) tulburări prin devianţă (perversiuni sexuale sau parafilii);

e) tulburări de identitate sexuală (homosexualitate, transexualism).

Tulburările de activitate

Cadrul general psihologic

Activitatea este definită ca reprezentând ansamblul de manifestări psihomotoare ale unui individ orientat în vederea realizării unui anumit scop anterior propus. În sensul acesta, fiind un tip de manifestare programată şi voluntară, activitatea se caracterizează prin următoarele aspecte:

- putere sau forţă, reprezentând potenţialul dinamic al individului;
- cadenţă, ritm, periodicitate ;
- eficienţă, adaptare la scopul propus.

Aspecte psihopatologice

În cadrul tulburărilor de activitate se descriu mai multe grupe de manifestări, aşa cum se poate vedea în continuare:

1. *Activitate de tip exagerat,* manifestată prin polipragmazie, mobilitate mimică, agitaţie, logoree, ineficientă.

2. *Activitate de tip diminuat,* ca bradipsihia, bradichinezia, stările de inhibiţie, negativism, stupoare.

M. Dide şi P. Guiraud descriu mai multe tipuri de manifestări psihopatologice în sfera activităţii, în special de factură motorie, ca dominantă, dar care sunt, de regulă; asociate şi cu alte forme de manifestare. Acestea sunt descrise în continuare:

1. *Enervarea* este o stare de excitaţie bruscă şi tranzitorie, de scurtă durată, alterând cu momente de inerţie motorie sau chiar de imobilism total.

2. *Inhibiţia motorie* se caracterizează prin diminuarea sau lentoarea activităţii motorii a bolnavului. Aceştia îşi neglijează ocupaţiile, vorbesc puţin, se alimentează sumar şi execută cu o mare lentoare ordinele care le sunt date.

3. *Bradichinezia* este o diminuare a actelor motorii în ceea ce priveşte uşurinţa, fluiditatea şi ritmul execuţiei lor. Se asociază cu o stare de lentoare afectiv-emoţională şi ideativă (bradipsihia).

4. *Stupoarea motorie* reprezintă suspendarea oricărei forme de activitate psihică. Bolnavul este imobilizat la pat, privirea sa este inexpresivă, mimica acestuia are aspect de mască, nu răspunde la solicitările externe, refuză să se alimenteze.

5. *Barajul* este oprirea bruscă în executarea mişcărilor, o imposibilitate pasageră a trece la acţiune, precum ceva care se opune din interiorul bolnavului.

6. *Negativismul* este tot un fenomen psihopatologic asemănător barajului, la care se adaugă o „contracţiune" patologică ce se opune ordinului dat bolnavului de a executa un act motor.

7. *Opoziţia* este refuzul voluntar de a executa o mişcare, o acţiune care vine în contradicţie cu ideile patologice ale bolnavului.

8. *Supunerea pasivă* este o accentuare a stării obişnuite de sugestibilitate, în cursul căreia bolnavul execută imediat, în mod nereflexiv, toate ordinele care i se dau, indiferent dacă acestea au un caracter bizar sau chiar absurd.

9. *Catalepsia* este o tulburare de activitate motorie privind în special tonusul muscular, în cursul căreia bolnavului i se pot imprima, în mod pasiv, atitudini şi poziţii ale membrelor sau corpului de către medicul examinator, pe care acesta le va conserva involuntar. Este cunoscută şi sub numele de „flexibilitatea ceroasă” şi apare

în cursul sindromului catatonic.

10. *Stereotipia* este tendinţa de a menţine şi repeta practic indefinit aceeaşi mişcare sau atitudine motorie. În cazul reprezentării stereotipe a unor cuvinte sau fraze se vorbeşte de „verbigeraţie".

11. *Manierismul* reprezintă o serie de simptome motorii disparate care au comun caracterul unei impresii exterioare că „bolnavul este manierat" în gesturi, mimică etc.

12. *Ecopraxia* constă în repetarea identică de către bolnav prin imitarea gesturilor, acţiunilor (ecopraxie), mimicii (ecomimie), limbajului (ecolalie), scrierii (ecografie interlocutorului său, asemenea unui ecou.

Tulburările de voinţă

Voinţa, proces psihic apropiat de activitatea motorie, dar şi de caracter, desemnează formele de motricitate plasate sub controlul sistemului vieţii de relaţie, neavând nici caracter reflex şi nici automat. Voinţa reprezintă capacitatea de decizie liberă şi ferm orientată în direcţia realizării unui scop propus, dincolo de orice fel de obstacole. Capacitatea acesteia este de a preveni conflictele şi de a reuşi în acţiunile pe care individul şi le-a propus să le realizeze.

În sfera psihopatologiei, Th. Ribot distinge *trei categorii de tulburări ale voinţei:* ***ideile fixe*** sau ***obsesiile, impulsiunile*** şi ***abulia.***

Cea mai importantă formă de tulburare a voinţei este ***abulia.*** Ea constă, în special, în încetinirea sau în „insuficienţa voinţei", apărând în cursul procesului de trecere de la idee la act. P. Janet distinge mai multe tipuri de abulie, şi anume:

a) *abulia motorie,* reprezentând inhibiţia trecerii Ia îndeplinirea unor acţiuni;

b) *abulia intelectuală,* caracterizată prin slăbirea atenţiei voluntare de a se putea concentra asupra unei activităţi intelectuale şi care este recunoscută ca atare de către individ;

c) *abulia constituţională,* specifică unei categorii de subiecţi consideraţi „slabi", „inerţi" sau „leneşi", incapabili de a putea desfăşura un efort de adaptare socială, personalităţi în special de tip ezitant, cu tendinţa la îndoială şi incertitudine.

d) *abulii sistematizate,* constând în imposibilitatea realizării voluntare a unor anumite, acţiuni cu caracter particular, din cauza unor inhibiţii obsesive sau fobice..

Tulburările de tip abulic pot fi întâlnite la melancolici sau schizofrenici, în tabloul clinic al unor nevroze, psihastenie, la alcoolici şi toxicomani, precum şi în unele cazuri de sindroame psiho-organice cerebrale.

Tulburările de caracter

Cadru general

Caracterul reprezintă totalitatea trăsăturilor esenţiale şi calitativ specifice ale persoanei care se manifestă în acţiunile acesteia. În sfera caracterului sunt cuprinse următoarele aspecte:

- trăsături psihologice specifice individului (trebuinţe, înclinaţii, interese, convingeri morale);
- comportamentul general în relaţiile sociale;
- o dispoziţie sentimentală predominantă;
- natura dispoziţiei sale obişnuite.

În sens restrâns, caracterul este „ansamblul de dispoziţii congenitale care formează scheletul mintal al unui individ" (R. Le Senne). În sens larg, caracterul reprezintă „ceea ce face ca o persoană să fie ea însăşi şi nu o alta" (Paul Ham).

Aspecte psihopatologice

În general, în psihopatologie sunt cuprinse, în acelaşi cadru, atât *tulburările de caracter,* cât şi *tulburările de comportament* care derivă în mare măsură din acestea. Tulburările de caracter desemnează tulburări de ordin structural ale persoanei, pe când tulburările de comportament, tulburări de ordin dinamic.

Unii specialişti preferă să dea *o formă tipologică* atât tulburărilor de caracter, cât şi tulburărilor de comportament. În sensul acesta, în sfera *tulburărilor de caracter* sunt incluse următoarele tipuri de persoane : apaticii, timizii, retraşii sau izolaţii, impulsivii, emotivii şi labilii emoţional. În sfera *tulburărilor de comportament* sunt incluse următoarele tipuri de persoane: instabilii, discordanţii, agresivii, perverşii, hiper-activii antisocialii.

Sintetizând din punct de vedere psihopatologic tulburările de caracter, A. Porot distinge trei mari grupe de modificări:

a) modificări şi variaţii fiziologice în raport cu pubertatea şi adolescenţa, modificări pre-catameniale, modificările care apar la femei în cursul sarcinii, post-partum, la menopauză sau în perioadele presenilă şi senilă la ambele sexe;

b) anomalii de caracter, semnalate ca trăsături caracteriale ale personalităţii de tip paranoic, gelozie patologică, impulsivitate, exaltări de tip pasional (politic,religios, erotic, reformator etc.);

c) modificări de caracter patologice dobândite, întâlnite în cursul evoluţiei clinice a nevrozelor, al unor procese organice cerebrale, în psihoze etc.

Tulburările afective

Aspecte psihologice generale

Afectivitatea reprezintă ansamblul de reacţii psihice ale individului în faţa unor situaţii ocazionale ale vieţii, fie ca urmare a unor contacte cu lumea externă, fie cauzate de unele modificări interne ale persoanei. Ele sunt adesea asociate cu viaţa instinctivă, gândirea şi activitatea, motiv pentru care acestea mai sunt denumite şi procese „instinctivo-afective" sau „ideo-afective".

În cadrul proceselor afective regăsim următoarele tipuri:

1. *Afectele,* stări psihice de scurtă durată, imediate, inanalizabile şi care caracterizează sensul unei reacţii. Ele pot fi de trei feluri (H. Pieron) :

a) interesate, cu reacţie de atenţie şi explorare;

b) agreabile sau plăcute, cu reacţie de expansiune şi căutare;

c) dezagreabile sau dureroase, cu reacţie de retragere şi fugă.

2. *Emoţiile,* ansamblul de fenomene psihice şi fiziologice care caracterizează o reacţie într-o situaţie dată. Emoţia înglobează afectele, precum şi toate reacţiile neurovegetative (motorii, secretoare, viscerale, vasomotoare etc.) care o însoţesc. Emoţiile pot fi de următoarele tipuri: emoţia-şoc, emoţia-plăcere, emoţia-grijă, emoţia-teamă, emoţia-mânie.

3. *Sentimentele,* ce se caracterizează prin următoarele aspecte:

- sunt diferit nuanţate şi decantate de contextul psihologic;
- sunt stări reacţionate care răspund unor situaţii pur psihice, intim legate

de conţinutul gândirii, asociaţii mnezice, evocări reprezentative etc.;

- sunt motivate, durabile în timp.

Sentimentele cuprind o gamă extrem de largă de stări afective, cum ar fi: orgoliul, triumful, gelozia, pudoarea, timiditatea, simpatia, ura, mila, invidia, admiraţia, respectul.

4. *Dispoziţia afectivă,* rezultanta reacţiilor afective elementare, orientarea acestora, atmosfera interioară şi atitudinea individului. Ea reprezintă „tonul afectiv" sau „umoarea" unei persoane într-un anumit moment şi se poate manifesta prin următoarele forme: euforie, tristeţe, indiferenţă, exaltare, nelinişte.

5. *Pasiunea,* polarizarea afectivă pe un sentiment bine determinat care invadează şi domină viaţa psihică şi activitatea individului aproape în totalitate, reorganizându-i şi îndreptându-i viaţa conştientă într-un anumit sens, pentru o foarte lungă durată.

Psihopatologia afectivităţii

Tulburările vieţii afective sunt deosebit de variate şi multiple. Ele pot fi înregistrate ca reacţii" care constituie „răspunsul emoţional-afectiv al unui individ la evenimentele vieţii trăite" (K. Sckneider), având o cauză exogenă; sau, dimpotrivă, pot apărea „spontan", legate de o anumită dispoziţie constituţională de factură endogenă.

O caracteristică a tulburărilor vieţii afective, în special a celor de factură endogenă este dinamica lor ciclică, văzută ca modalitate de manifestare prin „variaţii periodice ale stărilor de dispoziţie afectivă".

În sfera psihopatologiei, tulburările emoţional-afective sunt caracterizate prin două mari grupe de manifestări:

a) tulburări caracterizate prin creşterea patologică a tonusului afectiv, manifestare prin stări de euforie, crize de excitaţie maniacală, logoree, poli-pragmazie, agitaţie psihomotoare care poate ajunge la forme de manifestare coleroasă;

b) tulburări caracterizate prin scăderea patologică a tonusului afectiv, manifestate prin dispoziţie tristă, depresivitate, plâns, inactivitate, insomnii, restrângerea câmpului de interese şi al comunicării, idei delirante de inutilitate şi autoacuzare, idei de suicid, tentative de suicid.

Tulburările afective mai sus menţionate sunt întâlnite în mod constant în cursul „ bolii afective" sau al „psihozei maniaco-depresive". În plus faţă de acestea, mai notăm existenţa stărilor de disforie afective de tipul ambivalenţei sau inversiunii afective caracter bizar din cursul schizofreniei, precum şi tulburările afective specifice psihopaţilor, cu o conotaţie morală (cruzimea, cinismul, indiferenţa faţă de suferinţa celorlalţi etc.).

Tulburările afective sunt de regulă asociate cu modificări patologice din sfera activităţii motorii şi ideative. Ele sunt extrem de variate şi înregistrează diferenţe în raport cu vârsta bolnavilor (copii, adulţi, bătrâni). Cele mai sus prezentate configurează cadrul tulburărilor emoţional-afective ale persoanelor adulte.

Sante de Sanctis este primul care pune problema „instabilităţii psihice", considerând-o ca fiind expresia unor manifestări distimice ale copiilor şi adolescenţilor. Pentru acest autor, stările distimice se caracterizează prin două categorii de semne clinice, şi anumite:

a) semne negative: absenţa ideilor directive în conduită, lentoare, apatie, absenţa fineţii sentimentale;

b) semne pozitive: impulsivitate, agitaţie psihomotorie, mişcări coreiforme, nelinişte generală, excitabilitate până la logoree, refuzul de a munci, crize de plâns şi de râs, tulburări de somn, erotism, tendinţa spre fugă şi vagabondaj, idei depresive şi tentative de suicid.

Sante de Sanctis denumeşte aceste stări „distimii" şi le clasifică în următoarele două grupe:

1. *Stările distimice constituţionale,* în care intră următoarele :

a) psihozele maniaco-depresive;

b) stările maniacale şi depresive intermitente;

c) excito-depresia cronică.

2. *Stările distimice simptomatice secundare,* în care intră: stările post-sifilis ereditar, eredo-alcoolismul, stările post-encefalitice şi post-traumatice.

Copilul şi adolescentul instabil au un profil psihologic particular, caracterizat prin următoarele (H. Abramson):

- tendinţa de a se impune şi de a comanda cu încăpăţânare;
- sugestibilitate şi nepăsare;
- capricii şi încăpăţânare;
- impulsuri de mânie şi indolenţă;
- vivacitate de iniţiativă şi lentoare de execuţie.

La baza stării de instabilitate se află un fond de afectivitate ambivalentă şi neliniştită, la care se asociază o componentă motorie mai mult sau mai puţin accentuată. Instabilitatea mintală şi emoţională este inseparabilă de instabilitatea motorie.

H. Abramson distinge trei grupe diferite de instabilitate psiho-afectivă la copii şi adolescenţi, după cum urmează:

1. Instabilitatea primară şi esenţială, care cuprinde:

a) cazurile de instabilitate psihomotoare pură;
b) instabilii debili.

2. Instabilitatea secundară, legată de tulburările de caracter şi pasiuni, în care intră următoarele:

a) instabilii emotivi;
b) instabilii paranoici;
c) instabilii mitomani şi isterici;
d) instabilii cu tendinţe perverse;
e) perverşii instabili;
f) instabilii epileptoizi.

3. Instabilitatea simptomatică de natură somatică prezintă următoarele manifestări psihopatologice:

a) instabilitatea grefată pe o stare generală precară,

b) instabilitatea post-viscerală şi post-coree;

c) instabilitatea post-encefalitică;

d) instabilitatea post-traumatică.

Tulburările de memorie

Aspecte psihologice generale.

Se vorbeşte despre memorie ori de câte ori comportamentul unui individ se organizează în raport cu o experienţă trăită anterior. Pentru P. Janet, memoria constă în recunoaşterea sau evocarea spontană a amintirilor. Procesul memoriei constă în fixarea, evocarea şi recunoaşterea datelor anterior achiziţionate de persoană.

În ceea ce priveşte tipurile de memorie se descriu următoarele:

- memorie mecanică, de înregistrare automată a unor date;
- memoria asociativă, legată de intenţionalitate;
- memoria de evocare, ce implică un proces de selecţie voluntară;
- memoria reflectată sau reflexivă, forma cea mai înalt intelectuală a proceselor mnezice;
- memoria afectivă, care constă în evocarea unei amintiri legate de starea afectivă care o însoţeşte.

După J. Delay, există trei niveluri psihologice ale proceselor mnezice, care exprimă de fapt, nivelurile de evoluţie, dar şi pe cele de disoluţie ale acestora. Ele sunt următoarele:

a) memoria senzo-motorie, privind amintirile elementare ale senzaţiilor şi mişcărilor;

b) memoria autistă, raportată la vise, delir, cu un caracter strict personal şi care exprimă o funcţie inconştientului;

c) memoria socială, caracterizată prin „conduita recitării" (P. Janet), implicând o ordine raţională şi o concepţie socială asupra timpului, inseparabilă de categoriile logice.

Aspecte psihopatologice.

Tulburările de memorie, aşa cum sunt ele întâlnite în psihopatologie, pot fi cuprinse cu denumirea generală de *amnezii.* Acestea pot fi de mai multe forme, şi anume:

a) *amnezii anterograde,* privind amintirea evenimentelor în curs de desfăşurare;

b) *amnezii retrograde,* privind amintirea evenimentelor trecute, anterioare instalării bolii;

c) *amnezii de fixare,* în care evenimentele vieţii prezente par a nu putea fi înregistrate;

d) *amnezii de evocare,* constând în imposibilitatea bolnavului de a putea aduce în câmpul conştiinţei prezente unele date mnezice;

e) *amnezii de conservare,* constând în pierderea iremediabilă a tuturor amintirilor.

f) *amnezii secundare* unor leziuni cortico-cerebrale şi asociate tulburării unor funcţii instrumental-simbolice cerebrale, aşa cum sunt întâlnite în afazii (uitarea limbajului) ,apraxii (uitarea executării unor acte motorii) sau agnozii (tulburări de evoc;are şi recunoaştere).

Tulburările psihice în care sunt semnalate cel mai frecvent tulburările de memorie de natură amnezică sunt următoarele:

- confuzia mintală, în care întâlnim amnezia lacunară;
- sindromul Korsakow, amnestic confabulator;
- demenţele presenile şi senile, care prezintă o amnezie de evocare de un tip particular. În aceste cazuri, amintirile cele mai vechi sunt cel mai bine conservate, pe când cele recente se pierd. Este un proces psihopatologic specific de „deteriorare mintală”

Psihopatologia proceselor de inteligenţă

Aspecte generale.

Procesele de inteligenţă desemnează un cadru destul de larg, dar bine delimitate de funcţii psihice superioare, cu caracter simbolic operaţional, fie că este vorba de un aspect de factură *conceptuală* (*procesele de gândire* propriu-zise), fie că este vorba de un aspect de factură *instrumentală* (*procesele de expresie* propriu-zisă). Ambele aspecte sunt intim legate între ele şi nu pot fi separate, astfel încât putem considera *procesele intelectuale* ca reprezentând *mecanismele simbolice cerebrale* (C. Enăchescu). Din ceste considerente, orice analiză psihopatologică a *inteligenţei* trebuie să privească toate aceste aspecte, şi anume ***gândirea* şi *expresia.***

Inteligenţa, din punct de vedere psihologic, este definită ca reprezentând aptitudinea mintală de a rezolva operaţii cu maximum de randament şi fidelitate, în raport cu sarcina propusă şi cu posibilităţile personale ale subiectului. După A. Porot, termenul „inteligenţă" are următoarele semnificaţii:

- desemnează o anumită categorie de acte deosebite de activităţile automate sau instinctive;
- defineşte facultatea de cunoaştere sau de înţelegere;
- semnifică randamentul general al proceselor de elaborare ideativă mintală.

La edificarea proceselor de inteligenţă contribuie două categorii de factori (Wenzl şi Gottschaldt):

a) factori noematici, de ordin psihologic, reprezentând întinderea (documentarea cognitivă a câmpului intelectual), profunzimea (capacitatea de a surprinde esenţialul prin punerea în evidenţă a funcţiei logice) şi înălţimea (facultatea de abstractizare raţională);

b) factorii sociali de ordin exterior dobândiţi de individ prin educaţie, instrucţie, influenţa mediului familial, social şi profesional.

Tulburările de gândire

Gândirea reprezintă, cum am arătat, una din laturile importante ale inteligenţei individuale, cu numeroase şi complexe implicaţii asupra sferei psihopatologiei. În

psihopatologie se disting mai multe forme de alterare a gândirii:

1. *Tulburările asociative*

Acestea privesc procesul mintal al asocierii ideilor şi au următoarele aspecte psihopatologice :

a) *asociaţii automate de idei* cu caracter rapid, facil, fără o ordine sau o direcţie anumită, bazate pe analogii verbale, succesiune şi asonanţă. O formă particulară o reprezintă *logoreea,* expresia verbală a unei desfăşurări rapide şi incoerente a gândirii, cu un caracter absurd, realizând în exterior o adevărată „salată de cuvinte" ;

b) *asociaţiile dirijate,* care au un caracter productiv şi reprezintă idei polarizate într-un sens unic de o anumită idee directoare, cu caracter dominant şi o mare încărcătură afectivă.

2. *Tulburări ale cursului gândirii*

Acestea privesc regimul desfăşurării proceselor de gândire, de un mare polimorfism psihopatologic. Ele sunt reprezentate prin următoarele forme de tulburări:

a) *fuga de idei,* care constă într-o derulare rapidă a cursului gândirii, specifică stărilor de excitaţie emoţional-afectivă (manie), la care se adaugă asociaţiile automate şi o dispersare a atenţiei;

b) *mentismul* - o desfăşurare rapidă a ideilor de a cărei realitate falsă bolnavul este conştient şi suferă. Este însoţit, de regulă, de o stare de nelinişte afectivă;

c) *bradipsihia* - o stare de lentoare sau de inhibiţie ideativă. Producţia ideilor este mult diminuată, precum şi capacitatea de asociere a acestora. Această transformare psihopatologică se reflectă şi în sfera limbajului, prin sărăcirea şi lentoarea acestuia. Reacţiile bolnavului sunt mult întârziate, iar răspunsurile acestuia, sărace;

d) *perseverarea* - tendinţa patologică de a repeta un cuvânt sau o fraza cu cai stereotip, înlocuind răspunsul corect la întrebarea adresată. Este o „intoxicaţie prin cuvânt" a bolnavului;

e) *barajul,* care constă în oprirea bruscă a desfăşurării cursului gândirii.

3. *Tulburările de imaginaţie*

Acestea sunt tulburările care privesc construcţiile intelectuale, adaptate la circumstanţe. Din punct de vedere psihopatologic, ele au o mare varietate de manifestări, descrise în mod special de E. Dupre. Acestea sunt următoarele:

a) *sărăcia imaginativă,* specifică persoanelor cu deficienţe de intelect (debili mintali şi imbecili), precum şi bolnavilor cu stări demenţiale;

b) *exagerarea imaginaţiei,* ce apare, de regulă, în cazul stărilor de excitaţie euforică din cursul crizelor maniacale, în beţia alcoolică, dar în special în cursul delirurilor.

c) *fabulaţia,* tulburarea psihopatologică constând în construcţia de evenimente semnificativă şi în credinţa bolnavului în realitatea acestor evenimente imaginare elaborate de el;

d) *mitomania,* construcţia imaginară a bolnavului prin care acesta modifică sau înlocuieşte voit realitatea existentă în virtutea tendinţelor proprii. Mitomania este normală la copil, care nu poate să facă încă o diferenţiere netă între produsul imaginaţiei sale şi perceperea şi explicarea sau înţelegerea realităţii externe. La bolnavii psihic, mitomania este fie rezultatul unei regresiuni infantile (debili isterici, sociopaţi), fie o formă particulară de fabulaţie. E. Dupre consideră tendinţa la mitomanie ca fiind o trăsătură specifică a „construcţiei patologice fondul căreia se dezvoltă o structură mintală de tip isteric, un delir de imaginaţie prezbiofrenia sau sindromul Korsakow.

4. *Gândirea xenopatică*

Aceasta reprezintă o tulburare particulară de gândire grupând toate fenomenele psihopatologice parazitare de adiţie sau de inhibiţie resimţite de un individ, dar pe care acesta nu le recunoaşte ca venind din interiorul personalităţii sale, atribuindu-le o origine străină, exterioară lui. Acest tip de tulburare a gândirii mai este cunoscut şi sub denumirea de „sindrom de acţiune exterioară" (H. Claude), „fenomene de xenopatie" (Guiraud) sau „automatismul mintal" (G. de Clerambault). Reprezentările xenopatiei sunt frecvent asociate cu halucinaţiile şi ele pot lua aspecte

psihopatologice variate, descrise de G. de Clerambault după cum se poate vedea în continuare:

a) *automatism senzitiv :* algii, dureri cenestezice etc.;

b) *automatism emoţional şi afectiv:* teamă, tristeţe, mânie, antipatie, perplexitate fără obiect, impresia de stranietate;

c) *automatism perceptiv:* zgomote, cuvinte fără semnificaţie, cifre, aluzii şi insulte la adresa bolnavului etc.;

d) *automatismul de activitate:* constă în formularea unor ordine sau decizii impuse, gesturi forţate, gesturi inhibate, automatism verbo-motor sau grafic.

5. Delirul.

Falsele interpretări patologice sunt cuprinse în grupa *stărilor delirante.* Acestea cuprind tulburările de gândire şi procesele psihice înrudite (reprezentarea, intuiţia, expresia, percepţia). *Ideea delirantă* este cea care se opune realităţii şocând evidenţa faptelor.

Este destul de greu de delimitat delirul în raport cu o trăire normală sau cu alte manifestări psihopatologice. Acesta poate apărea în cursul evoluţiei clinice a unor variate boli psihice, în special în cazul schizofreniei, al psihozelor organice acute, psihozelor delirante cu evoluţie îndelungată, melancoliei.

Pentru diagnosticarea delirului nu sunt suficiente numai aspectele externe, formale, concepţiile false sau convingerile ireale ale bolnavului. Importante din punct de vedere psihopatologic sunt trăirile acestor bolnavi, relaţiile care se stabilesc între delir şi Eu-l acestora. În această privinţă, sunt admise următoarele situaţii :

- un tip de reacţie particulară a Eu-lui (Gruhle);
- interpretări false, anormale (Jaspers);
- falsuri patologice în legătură cu Eu-l (Kehrer).

Fenomenele delirante trebuie considerate ca atare în momentul în care conştiinţa subiectivă a bolnavului este dominată de contrarietăţi şi are un caracter incorigibil În cazul acestora, Janzarik vorbeşte despre o convingere anormal-obiectivă, străină de realitate şi profund subiectivă.

Conţinutul trăirii delirante nu trebuie neapărat să se deosebească de acela al unei trăiri normale. Ceea ce delirantul îşi închipuie sau trăieşte poate, în linii mari, să apară şi în viaţa unei persoane sănătoase. În felul acesta, pot apărea numeroase „impresii false" care să ducă la „interpretări delirante". Un lucru însă îi deosebeşte pe cei sănătoşi de bolnavii deliranţi, şi anume relaţiilor lor cu lumea.

Caracteristicile delirului, din punct de vedere psihopatologic, sunt următoarele:

- prezintă o contradicţie internă;
- are o ireductibilitate funciară;
- este expresia de-socializării gândirii morbide;
- natura autistă;
- verbalismul special al formei de exprimare.

Delirul începe să se manifeste din momentul în care individul nu mai dispune de critică pentru a-1 putea învinge, acesta transformându-se în *convingere,* iar individul, devenind prizonierul său, este incapabil de a se putea desprinde de acesta. Din acest moment, delirul devine incorigibil.

Delirul este rezultatul unei transformări psihopatologice a gândirii care sfârşeşte prin a transforma întreaga personalitate, activitate şi conduită ale bolnavului respectiv. Ceea ce caracterizează delirul nu este faptul de a fi neinteligibil pentru ceilalţi oameni din punct de vedere logic, ci faptul că bolnavul îl acceptă ca real, autentic, ca pe o certitudine care nu poate fi schimbată cu nimic, mai cu seamă că în multe situaţii, din punct de vedere formal, delirul are aparenţa unei conservări a structurii logice. Din aceste considerente, el trebuie înţeles mai mult decât o simplă şi exclusivă tulburare de gândire. El este un tip particular de „experienţă sufletească" nouă, personală, interioară bolnavului respectiv, care-i modifică personalitatea, concepţiile, conduita, acţiunile şi relaţiile cu ceilalţi şi cu lumea în general, aşa cum spuneam mai sus.

Din punct de vedere psiho-dinamic, se consideră că în procesul de formare a delirului intervine şi un mecanism proiectiv, dar diferit de cel din cazul nevrozelor.

De fapt, este vorba despre o încărcare a individului cu trăiri ideo-afective având un conţinut incompatibil; unor relaţii concordante dintre bolnav şi lume. Aceasta duce la „ruptura" dintre bolnav şi realitate, la un conflict sau chiar la o stare de contradicţie permanentă.

În evoluţia şi constituirea delirului se înregistrează câteva etape, şi anume:

a) *percepţia delirantă,* reprezentată prin delirul halucinatoriu;

b) *reprezentarea delirantă* sau intuiţia delirantă;

c) *interpretarea delirantă* sau delirul de interpretare;

d) *fabulaţia* sau delirul de imaginaţie.

La delir distingem, în ceea ce priveşte caracterul şi conţinutul acestuia, următoarele; aspecte: *delir monotematic* sau sistematizat şi *delir polimorf* nesistematizat tematic. Temele delirante majore cele mai frecvent întâlnite sunt următoarele: idei de persecuţie şi de interpretare, idei de grandoare, idei melancolice.

Tulburările de expresie.

Expresia este acţiunea unei persoane de a exprima sau de a exterioriza conţinutul gândirii sau al vieţii emoţional-afective. Ea este strict personală şi are prin aceasta un caracter de originalitate, fiind o importantă sursă de cunoaştere a individului respectiv.

După tipul de expresie, distingem mai multe aspecte ale acesteia:

- expresia verbală, reprezentată prin limbajul oral, vorbit;
- expresia non-verbală, în care sunt incluse următoarele tipuri;
- expresia motorie (postura, mersul, pantomimica, mimica);
- expresia grafică (scrisul);
- expresia plastică (desenul, pictura, sculptura).

Expresia are o valoare deosebit de importantă în psihopatologie, ea fiind prima formă de manifestare (mimica, limbajul) a unui bolnav în întâlnirea acestuia cu medicul. Prima impresie este dată de aspectul şi expresia bolnavului (ca formă şi conţinut). A. Hesnard şi A. Porot au descris chiar „sindroamele de expresie" în psihopatologie. Acestea sunt în prunul rând, aspecte fiziologice sau mimice şi de

limbaj, care frapează la bolnavii psihic prin următoarele aspecte: exces, discordanţă, sărăcie, lentoare, stereotipie manierism sau bizarerie.

1. *Tulburările expresiei mimice*

Mimica este definită ca reprezentând ansamblul de jocuri ale fizionomiei, atitudinile şi gesturile prin care sunt exprimate în exterior stări afective sau idei ale unei persoane. Din punct de vedere psihologic, A. Dromard distinge două aspecte ale mimicii: mimica emotivă involuntară şi mimica ideativă voluntară.

Tulburările de expresie mimică se pot grupa în trei categorii principale (R. Ermiane, H. Baruk, A. Porot), şi anume:

a) *hipermimia,* expresia mimică exagerată care traduce o stare de excitaţie generală, o dispoziţie emoţional-afectivă exaltată, adesea susţinută de o idee prevalentă. Ea este întâlnită în cazurile de excitaţie maniacală, stări de euforie alcoolică, stări delirante onirice, în cursul sindroamelor delirante de tip pasional, în agitaţia anxioasă, la epileptici. Deliranţii mistici au o privire inspirată şi adoptă atitudini extatice. La paranoici, observăm o atitudine de superioritate, distanţă faţă de cei din jur, orgoliu exagerat, rezervă, precauţie;

b) *hipomimia* este expresia mimică săracă sau negativă întâlnită în cursul stărilor de inhibiţie de stupoare, sindromul catatonic, depresii, melancolie, negativism sau stereotipii;

c) *mimica discordantă* sau *paramimia* este expresia neconcordanţei dintre starea psihică şi atitudinile expresive ale bolnavului. Ea poate fi întâlnită în următoarele situaţii psihopatologice, sub diferite aspecte:

- apraxii, agnozii sau afazii;
- grimase;
- ticuri şi spasme;
- în schizofrenie, sub formă de grimase, manierism sau stereotipii;
- mimica din cursul simulării unor afecţiuni psihice sau somatice;
- mimica de tip histrionic-spectacular, pasională, convulsiv-cataleptică sau extatică din cursul isteriei;
- ecomimia şi ecokinezia, ca forme de expresie care reproduc atitudinile şi

gesturile interlocutorilor bolnavilor psihic.

2. *Tulburările de limbaj*

Limbajul este expresia conţinutului gândirii prin intermediul simbolurilor verbale reprezentate prin cuvinte. Acestea reprezintă un sistem codificat de „semne verbale", impersonale şi universale, cu caracter exterior. Alături de *limbajul verbal* mai există şi *limbajul interior,* care este procesul mintal prin care se efectuează operaţiile gândirii.

Tulburările de limbaj au un caracter extrem de variat şi ele se grupează în câteva categorii psihopatologice, cum ar fi: anomalii de tip instrumental, senzoriale sau motorii; întârzieri în dezvoltarea şi maturizarea limbajului; tulburări de limbaj consecutive unor afecţiuni psihice (nevroze, psihoze, demenţe).

Tulburările de origine senzorială sau motorie sunt reprezentate prin următoarele:

- surdomutitatea la copiii surzi;
- audio-mutitatea la copiii cu auzul normal, dar cu agnozie auditivă congenitală;
- dislalii sau tulburări de elocuţiune;
- dislalii sau tulburări articulare (de cauză piramidală, extra-piramidală sau cerebeloasă, consecutive parkinsonismului, pseudo-bulbarism, PGP).

Anomaliile de dezvoltare a limbajului constau din următoarele:

- audio-mutitatea idiopatică în raport cu o întârziere a dezvoltării funcţiilor praxice, o stare de debilitate motorie generală şi un anumit grad de deficienţă intelectuală;
- bâlbâială cu tulburări ale ritmului vorbirii.

Afaziile reprezintă tulburări complexe de limbaj privind vehicularea, înţelegere a exprimarea şi elaborarea gândirii. Ele apar în cazul unor leziuni cortico-cerebrale ale centrilor limbajului. Sunt asociate, cuprinzând, alături de tulburările de limbaj şi de tulburări gnozice sau praxice, şi tulburări de natură intelectuală privind elaborarea gândirii abstracte sau sintetice de diferite grade şi intensităţi. Afaziile reprezintă un grup mare de tulburări, reprezentate prin diferite tipuri clinice de afectare a limbajului, aşa

cum se poate vedea mai jos:

a) afazia globală constă în disoluţia limbajului în totalitatea sa, atât în ceea ce priveşte înţelegerea, cât şi expresia vorbirii;

b) afazia senzorială (Wernicke) interesează elaborarea limbajului, identificarea şi înţelegerea simbolurilor verbale sau scrise (surditate şi cecitate verbală);

c) afaziile sintactice sunt reprezentate prin două forme clinice:

- agramatismul lui Pick, în care tulburările privesc, în mod predomin; elaborarea frazelor, bolnavul utilizând un stil de limbaj telegrafic cu o structură gramaticală elementară;

- para gramatismul lui Kleist, în care, deşi sintaxa este conservată în parte individul o utilizează greşit, rezultând „jargonofazia";

d) afaziile nominale cuprind următoarele tipuri de tulburări:

- afazia nominală motorie a lui Lichtheim sau afazia trans-corticală a lui Wernicke în cursul căreia limbajul spontan este abolit, fiind posibil numai limbajul repetat în schimb, înţelegerea vorbirii şi a lecturii sunt conservate, ca şi limbajul interior;

- surditatea nominală sau afazia senzorială trans-corticală a lui Wemicke corespunde în parte, cu afazia nominală a lui Head; tulburările predomină în domeniul înţelegerii sensului cuvintelor;

e) afazia amnestică a lui Pitres este o amnezie nominală. Cuvântul este corect, înţeles, dar nu poate fi evocat, fiind înlocuit cu perifrază;

f) afaziile pure sunt reprezentate prin următoarele forme clinice:

- surditatea verbală a lui J. Dejerine sau afazia senzorială subcorticală Wernicke; ea este o tulburare de înţelegere a limbajului vorbit cu conservarea limbajului interior şi a vorbirii spontane, lecturii şi a scrisului;

- anartria sau afazia motorie pură subcorticală sau afazia verbală a lui Head ce priveşte funcţia de elocuţiune, de articulare a limbajului, fără a fi însoţită de tulburări ale funcţiilor nominale sau sintactice; limbajul interior, scrisul şi cititul sunt păstrate;

- afazia Broca sau afonia este o tulburare de expresie motorie a limbajului, cu conservarea înţelegerii vorbirii, a scrisului şi a citităului.

Limbajul bolnavilor psihic

În psihopatologia limbajului, se acordă o atenţie specială „limbajului *aliaţilor”* (J. Seglas, S. Piro, J. Bobon, G. Maecagnani, B. Calieri şi L. Frighi, C. Enăchescu. Acest tip de tulburări reuneşte totalitatea aspectelor psihopatologice ale limbajului care apar, de regulă, în cursul evoluţiei clinice a psihozelor endogene, în special a celui din grupa schizofreniei, în aceste situaţii, tulburările de limbaj sunt în legătură directă halucinaţiile şi ideile delirante ale bolnavilor pe care le exprimă.

Din punct de vedere psihopatologic, ceea ce caracterizează formal „limbajul psihoticilor" sunt *neologismele* şi *paralogismele (J.* Bobon). Ambele reprezintă deformaţii ale limbajului obişnuit prin cuvinte nou-create de bolnavi pentru a exprima conţinutul delirant-halucinatoriu al gândirii acestora sau experienţele lor autiste.

S. Piro aduce în discuţie o problemă deosebit de importantă a tulburării limbajului în schizofrenie, de ordin semantic, pe care o numeşte „disocierea limbajului". Aceasta este o alterare psihopatologică specifică, constând în pierderea legăturilor care unesc în mod normal, în cazul unui *cuvânt,* „imaginea acustică" a acestuia (aspectul formal) cu „conceptul" pe care-1 exprimă (aspectul intern) sau un „semnificam" cu un „semnificat". În cazul disociaţiei limbajului, S. Piro remarcă existenţa următoarelor aspecte psihopatologice: creşterea haloului semantic, distorsiunea semantică, dispersiunea semantică, disoluţia semantică.

În afara celor mai sus menţionate, se mai descriu şi alte particularităţi psihopatologice ale limbajului bolnavilor psihic reprezentate prin următoarele aspecte:

a) tulburări ale ritmului vorbirii: logoreea, în crizele maniacale, discursul sărac în cazul melancoliei, de stereotipuri verbale ale schizofreniei;

b) tulburări ale conţinutului vorbirii: coprolalia, ticurile verbale, aritmomania la obsesivi;

c) modificări calitative şi de utilizare ale limbajului, cum ar fi:

- tulburările de limbaj din sindromul Ganser (schizofrenie sau isterie);
- limbajul eliptic cu lacune sintactice sau stilul telegrafic, uneori enigmatic;

- limbajul afectat sau manierist ca ton, utilizarea parafrazărilor preţiozitate, formule cântate, din cursul schizofreniei;
- limbajul pueril din demenţe;
- stereotipiile verbale şi perseverarea din cursul melancoliei sau schizofreniei;
- neoformaţiile verbale (neologisme, schizofazie, glosolalie) întâlnite la bolnavii schizofrenici.

Făcând o sinteza a aspectelor psihopatologice ale limbajului la bolnavii psihotici, J. Bobon izolează mai multe forme clinice, aşa cum se poate vedea mai jos:

Paralogismul, descris de Tanzi, este un cuvânt existent în limbă, dar căruia bolnavul îi atribuie un sens diferit.

Agramatismul, descris de Kiissmaul, este o tulburare de ordonare sintactică, putând merge până la forma stilului telegrafic.

Paragramatismul, descris de Bleuler, specific schizofreniei, este reprezentat prin expresii bizare, neoformaţii verbale etc.

Schizofazia, menţionată prima dată de Kraepelin, desemnează „confuzia verbală" şi reprezintă o varietate a formei descrise de Bleuler. Este un limbaj de tip pseudo-incoerent, pe care Chaslin îl numeşte „discordanţă verbală".

Glosolalia, izolată prima dată de Flaumoy, este un limbaj automatic incomprehensibil creat de bolnav. El este o formă nouă de limbaj, intenţionat, aparent structurat după modelul unei „limbi naturale", dar reprezintă o „limbă patologică".

Tulburările de limbaj de tip motor cuprind acele manifestări pato-lingvistice care apar în cursul catatoniei şi sunt reprezentate prin următoarele aspecte psihopatologice:

- impulsiunile verbale, descrise de Brosius,
- neologismele stereotipe, descrise de Kalhbaum şi Kraepelin;
- verbigeraţia, semnalată de Kalhbaum;
- psitacismul, descris de Cottard;
- glosomania, menţionată de Cenac;

- kenoglosiile, studiate de Stucklik,

Tulburările de schemă corporală

Cadrul psihologic general

După P. Schilder, „imaginea corpului uman este imaginea propriului nostru corp pe care ne-o formăm în planul spiritual, felul în care corpul nostru ne apare nouă înşine ca imagine de sine". Imaginea corporală este suma senzaţiilor exteroceptive (tactile, termice şi dureroase), proprioceptive (musculare, posturale) şi viscero-ceptive (visceral-cenestezice). Din sinteza totalităţii acestora se va constitui o „imagine unitară a propriului nostru corp. Aceasta „unitate" este percepută ca un „model posturi corpului" (H. Head) având o imagine spaţială de tip tridimensional.

Pentru M.A. Woodbury, „schema corporală este cadrul de referinţă care organizează şi articulează datele senzoriale" ale corpului într-o unitate complexă. Plecând de la „schema corporală tridimensională", persoana adultă normală în stare de conştiinţă clară îşi construieşte şi auto-reprezintă propria sa *realitate spaţială.* Aceasta reprezintă coordonatele care ne permit localizarea percepţiilor şi organizarea sintezei acestora. Ele reprezintă prelungirea în spaţiul geometric extracorporal a „tridimensionalităţii noastre corporale" determinate prin raportarea la propriul nostru corp, în sensul de: „înainte - înapoi", „sus - jos", „dreapta - stânga", „orizontal - vertical", „aproape - departe", „interior - exterior". Se poate spune că atât lumea exterioară, cât şi lumea interioară sunt percepute şi construite plecând, ca punct de referinţă, de la imaginea corporală a persoanei umane.

Imaginea corporală are, pe de o parte, un aspect perceptiv, iar pe de altă parte este o reprezentare în planul conştiinţei personale a „ceea ce suntem", cu un caracter mult mai extins în raport cu „modelul organizat conceptual". Din aceste considerente se pot distinge mai multe aspecte legate de reprezentarea propriului corp:

a) *schema corporală,* care este imaginea senzorio-perceptivă a corpului somato-visceral;

b) *imaginea de sine,* care este „imaginea moral-valorică" a individului respectiv sau

altfel spus, „ceea ce reprezintă" persoana respectivă ca specificitate şi unicitate. Aceasta este de fapt, imaginea Eu-lui personal care reprezintă identitatea personală a individului.

M.A. Woodbury deosebeşte, la rândul său, existenţa a trei scheme corporale. Aceasta, consideră schema corporală ca fiind rezultatul tuturor experienţelor perceptive anterioare organizate sintetic într-un *Gestalt,* o „configuraţie" specifică, un cadru care, în planul conştiinţei subiectului, se exprimă prin „imaginea de sine".

Noţiunea de „structură", atribuită schemei corporale, este determinată de modelul de percepţie şi de reprezentare a lumii, atât a celei exterioare, cât şi a celei interioare în *care şi prin care* individul se recunoaşte ca „existenţă independentă" şi ca „situaţie în lume". Cele trei forme ale schemei corporale sunt următoarele:

a) schema corporală tridimensională, pe care individul o percepe în stare normală de conştiinţă clară, ca pe ceva personal, net separată de lumea exterioară prin limitele corpului său.

b) *schema corporală intermediară,* o formă de regresiune a schemei corporale tridimensionale prin „intrarea" fenomenelor viscerale în câmpul conştiinţei sale sub formă de cenestezii. Ea constituie forma intermediară de trecere de la normal la patologic în domeniul „imaginii de sine". În acest sens, sunt semnalate următoarele aspecte de natură psihopatologică:

- fenomene de depersonalizare;
- fenomene anormale vizuale şi auditive (fosfene, acufiene);
- fenomene vestibulare (vertij, greaţă, tulburări de echilibru şi de orientare spaţială);

c) *schema corporală viscerală,* care se raportează la fenomenele viscerale, sub formă de manifestări cenestopatice, tranzitorii şi parţiale, cu următoarele aspecte:

- palpitaţii, dispnee, greţuri;
- atacuri de panică;
- derealizare schizofrenică;
- sindromul Cottard din melancolie.

Aspecte psihopatologice

Psihopatologia schemei corporale oferă un cadru extrem de larg şi nuanţat de tulburări care pot fi întâlnite în multe afecţiuni psihiatrice sau neurologice. O sistematizare precisă este destul de greu de făcut. Din acest motiv, vom prezenta mai jos aspectele psihopatologice în ordinea complexităţii lor.

Membrul fantomă, descris de A. Pare, sau „iluzia amputaţilor" este o tulburare de schemă corporală care apare la persoanele cărora li s-a amputat un membru. Aceştia continuă să aibă „senzaţia" prezenţei acestuia, precum şi anumite „impresii" neplăcute (durere, furnicături, mâncărime etc.) la nivelul acestuia.

Tulburările imaginii corporale în cazul leziunilor emisferice cerebrale diferă calitativ după emisfera cerebrală afectată, după cum se poate vedea în continuare:

1. În *leziunile emisferei cerebrale drepte* „minore" sunt întâlnite următoarele tulburări de schemă corporală:

- iluzii cenestezice cu prezenţa unui al treilea membru-fantomă;
- hemiasomatognozia sau sindromul Anton-Babinski.

2. În *leziunile emisferei cerebrale stângi* „majore" sunt semnalate ca tulburări de schemă corporală următoarele:

- autotopoagnozia sau sindromul Pick;
- sindromul Gerstmann (agnozie digitală, agrafie şi dezorientare dreapta-stânga).

Ideile de negare corporală, de factură delirantă ca interpretare a propriei scheme corporale, apar fie în asomatognozia totală, fie în cursul sindromului Cottard, de negare corporală şi imortalitate, din melancolia delirantă.

Tulburările de schemă corporală din nevroze şi psihoze sunt reprezentate prin următoarele:

- depersonalizarea din cursul neurasteniei şi psihastenie;
- alochiria din isterie;
- halucinaţiile somato-corporale şi viscerale, fenomenele de derealizare-depersonalizare;

- heautoscopia din cursul schizofreniei;
- dismorfofobia din cursul stărilor obsesivo-fobice;
- stările ipohondrice asociate cu falsa impresie a unor afecţiuni ale organelor interne.

Tulburările de personalitate

Cadrul psihologic general

Personalitatea este sinteza tuturor elementelor care concură la organizarea psihico-mintală a unui individ, pentru a-i da o fizionomie proprie. Ea se fundamentează pe constituţia somato-psihică, pe dispoziţiile acesteia ca potenţialităţi proprii, precum şi pe influenţele din exterior (mediul fizic, familie, nivel de educaţie, cultură, profesionalizare, viaţă socială etc.).

După A. Porot, orice personalitate se caracterizează prin următoarele aspecte psihologice:

a) unitate şi identitate, care fac ca aceasta să fie un tot coerent, organizat şi rezistent;

b) vitalitate, în sensul de ansamblu organizat ierarhic, însufleţit, a cărui viaţă este condiţionată de influenţa factorilor endogeni şi a celor exogeni;

c) luarea la cunoştinţă prin reprezentări mintale a activităţii conduitelor personale;

d) raporturi pozitive de adaptare-integrare cu mediul ambiant.

Aspecte psihopatologice

A. Porot, referindu-se la aspectele psihopatologice ale personalităţii, clasifică tulburările; acesteia în următoarele categorii:

1. Tulburări de dezvoltare şi continuitate:

a) oligofreniile: nedezvoltarea sistemului personalităţii;

b) stările de dezechilibru caracterial de tipul constituţiilor psihopatice;

c) stările de arieraţie afectivă a personalităţilor nevrotice cauzate de frustrări complexe, carenţe emoţionale, traume psihice.

2. Tulburările de unitate ale personalităţii, de tipul dedublării personalităţii, de personalizării, disocierii fragmentare ca în cazul automatismului mintal etc.

3. Tulburări de identitate, reprezentate prin următoarele:

a) idei delirante de negaţie a personalităţii proprii;

b) idei delirante de transformare corporală;

c) delir de negaţie.

4. Tulburări de relaţie cu lumea exterioară, care privesc sintonia individului cu mediul său, discordanţa acestuia în raport cu mediul, ca în cazul schizofreniei.

5. Tulburări de percepţie cenestezică a propriei persoane, de tipul: idei delirante de negaţie, idei ipohondrice, stări obsesionale, atacuri de panică, angoasă, depresii de tip melancolic cu tulburări de personalitate etc.

III. PSIHOPATIILE.

Scoaterea din sfera moralei şi transferul lor în aria medicinii, a psihologiei şi psihiatriei pune problema unei noi forme de clasificare a tulburărilor de caracter, respectiv a „personalităţilor psihopatice", aşa cum o vedem la numeroşi specialişti (E. Kretschmer, K. Schneider, A. Petrilovisch, K. Leonhardi etc.).

Cea mai cunoscută şi utilizată clasificare a psihopatiilor aparţine lui K. Schneider. Acesta descrie zece tipuri de psihopatii, considerându-le ca reprezentând tipuri de „personalităţi anormale" şi care nu trebuie privite neapărat ca „diagnostice psihiatrice". Acestea sunt următoarele:

1. *Psihopaţii hipertimici sau activi*

Aceştia au o dispoziţie veselă, un temperament sangvin şi sunt activi. Buni şi serviabili adesea tumultuoşi, sunt capabili de randament, însă superficiali, neserioşi şi nesiguri. Au puţin simţ critic, sunt independenţi şi uşor influenţabili. Naivi şi vanitoşi, optimişti. Comportamentul lor este fără formă, fără distanţă şi neinhibat. Unii dintre ei sunt agitaţi şi excitaţi, certăreţi şi instabili, dar se reconciliază uşor.

2. *Psihopaţii deprimaţi*

Aceste persoane sunt calme, sceptice sau pesimiste. Ele privesc viaţa şi lumea cu o pronunţată notă de angoasă. Le lipseşte siguranţa şi încrederea. Sunt incapabile de a se bucura. Suspicioase, ele sunt persoane înclinate către introspecţie.

3. *Psihopaţii timoraţi*

Sunt personalităţi apropiate de cei deprimaţi, descrişi mai sus. Ei se caracterizează printr-o lipsă de securitate interioară şi o lipsă de încredere în ei. Comportamentul lor etic este dominat de scrupule. Pe acest teren se dezvoltă, de regulă, procesele obsesionale.

4. *Psihopaţii fanatici*

În această categorie sunt incluşi cei care-şi exagerează meritele personale, supraestimându-şi opiniile. Fanaticul este o personalitate de tip expansiv, care se supraestimează, este virulent, conflictual, agresiv, mereu în conflict cu societatea.

5. *Psihopaţii vanitoşi*

Aceştia sunt acele personalităţi care vor să pară mai mult decât sunt în realitate K. Jaspers îi numeşte isterici. Ei sunt personalităţi de tip artificial, orgolioşi şi excentrici care caută în mod permanent să atragă atenţia celorlalţi asupra lor.

6. *Psihopaţii cu dispoziţie labilă*

Ei sunt, de regulă, persoane cu o dispoziţie fie excitabilă, fie depresivă, cu un caracter permanent oscilant. Le sunt caracteristice fugile, excesele episodice de alcoolism (dipsomanie), stările impulsive subite, în forme diferite.

7. *Psihopaţii explozivi*

Aceştia sunt indivizii care explodează din orice, la orice motiv anodin. Sunt susceptibili iritabili şi irascibili. Reacţiile acestei categorii de indivizi au un caracter primitiv.

8. *Psihopaţii reci*

În această grupă sunt incluşi oamenii cărora compasiunea, pudoarea, onoarea, responsabilitatea, conştiinţa morală le lipsesc complet. Ei sunt sobri, reci, insensibili, brutali, cruzi. Sunt persoane needucabile şi incurabile. Din rândul acestora se recrutează delincvenţii şi criminalii. Unii dintre aceştia pot avea o inteligenţă superioară.

9. *Psihopaţii abulici*

Sunt persoane inerte, inactive, influenţabile, fiind permanent dirijate de alţii, uşor de manipulat din cauza sugestibilităţii lor crescute.

10. *Psihopaţii astenici*

În această categorie intră persoanele care au un randament scăzut, o capacitate de concentrare redusă şi memorie slabă. Ei sunt foarte atenţi la corpul lor, descoperind adesea suferinţe imaginare, de factură ipohondrică. Acuză insomnii, migrene, tulburări cardiace, respiratorii, digestive sau menstruale.

Clasificarea psihopatiilor propusă de K. Schneider este dominată, pe de o parte, de o notă psihologică privind „anomaliile caracteriale" ale personalităţii, iar pe de altă parte, de consecinţele morale şi sociale ale acestor anomalii, atât pentru persoanele în cauză, cât şi pentru cele din anturajul imediat sau mai îndepărtat al acestora.

C. Rodiere-Hein şi J.D. Guelfi propun o clasificare a psihopatiilor raportată în primul rând la aspectele clinico-psihiatrice pe care le presupun conduitele acestor indivizi. Considerate din punct de vedere psihopatologic, personalităţile psihopatice, pentru autorii menţionaţi, ocupă o poziţie intermediară între starea de normalitate psihică şi categoriile psihopatologice. Acest fapt este admis şi de unii psihiatri germani care consideră psihopatiile nu ca pe nişte „boli psihice", ci ca pe nişte „variaţii patologice ale normalului".

În sensul acesta, C. Rodiere-Rein şi J.D. Guelfi descriu opt „forme" sau „tipuri" de personalităţi psihopatice, după cum urmează mai jos:

A. *Personalitatea paranoică*

B. *Personalitatea antisocială*

Este caracterizată prin aspectul impulsiv şi imprevizibil al actelor şi comportamentelor sale cu caracter autodistructiv, la care se asociază alte diferite forme de tulburări de comportament.

C. *Personalităţile schizotipe şi schizoide*

Acest grup reuneşte două sub forme de personalităţi psihopatice:

a) *personalitatea schizotipă,* caracterizată prin bizareria conduitelor şi a gândirii;

b) *personalitatea schizoidă,* caracterizată prin retragerea emoţională şi absenţa dorinţei de contact social.

D. *Personalitatea evitantă*

Acest tip de personalitate se caracterizează prin comportamente de evitare. Sunt evitate relaţiile sociale, contactele şi comunicarea interumană. Indivizii respectivi manifestă o mare vulnerabilitate la respingere, la care se adaugă o nevoie crescută de a fi iubit şi acceptat.

E. *Personalităţile histrionică şi dependentă*

Această categorie cuprinde două subgrupe de psihopaţi:

a) *personalitatea histrionică,* remarcându-se prin tendinţa la dramatizare, reactivitatea excesivă la influenţa evenimentelor minore, tentative permanente de a atrage atenţia celorlalţi asupra lor, impresia de a fi perceput de ceilalţi ca superficial şi lipsit de autenticitate, dependenţă, nevoia imperioasă de activitate şi de senzaţii tari;

b) *personalitatea dependentă,* caracterizată printr-o stare de dependenţă, nevoia de a fi sprijinit şi securizat, condus de alţii.

F. *Personalitatea compulsivă*

Opinia referitoare la acest tip de personalitate oscilează în două direcţii:

- a fi considerată o personalitate cu trăsături psihastenice;
- a fi considerată o personalitate cu trăsături de caracter anal şi

comportamente tiranice exercitate de individ asupra lui însuşi şi asupra anturajului acestuia.

Caracteristicile personalităţii de tip compulsiv sunt următoarele: indecizia şi perfecţionismul, ataşamentul excesiv de muncă, aptitudinea limitată de a exprima emoţiile tandre şi călduroase, exigenţă faţă de ceilalţi, pe care-i obligă să se supună propriei lor maniere de a gândi şi de a acţiona.

G. *Personalitatea pasiv-agresivă*

Caracteristic pentru acest tip de personalitate este comportamentul de rezistenţă indirectă organizarea deliberată a eşecului social, agresivitatea exprimată printr-o rezistenţă pasivă din partea individului.

H. *Personalitatea narcisică*

Acest tip de personalitate psihopatică se caracterizează prin exagerarea până la grandomanie a propriei sale importanţe în detrimentul celorlalţi, tulburări de relaţii interpersonale care merg de la exploatarea celuilalt până la tulburări de apreciere a valorii sau a sentimentelor acestuia, exhibiţionism, fantasme sau atotputernicie, sentimentul de a avea orice drept, oscilaţia caracteristică între poziţiile extreme de idealizare şi de devalorizare a celorlalţi.

Biografia psihică a personalităţilor psihopatice

Caracteristicile personalităţilor anormale de tip psihopatie presupun un anumit mod sau stil de viaţă al acestora şi implicit un anumit „destin". Ele sunt cuprinse în caracteristicile biografiei psihice ale acestor indivizi.

O analiză a biografiei psihice a personalităţilor psihopatice pune în evidenţă aspecte specifice, care pot fi sintetizate în următoarele:

a) incapacitatea adaptării lor sociale ;

b) imposibilitatea acestor indivizi de a putea duce o viaţă în comun cu alţii;

c) psihopaţii se dovedesc inapţi pentru viaţa de familie, se simt constrânşi de rigorile cuplului conjugal din cauza iritabilităţii lor, sunt indiferenţi sau chiar total inefectivi, cu pervertirea apetenţelor şi instabili;

d) inadaptabili la viaţa şi programul de disciplină şcolară, ei sunt „elevii-problemă", greu educabili, instabili, indisciplinaţi, leneşi, indiferenţi, incapabili de efort;

e) inapţi pentru serviciul militar, indisciplinaţi, refuză să execute ordinele, dezertează, comit acte infracţionale de diferite forme şi gravităţi;

f) incapabili de a desfăşura o activitate profesională teoretică sau practică utilă, susţinută, continuă, indisciplinaţi, nepunctuali, instabili,

vanitoşi, suspicioşi, invidioşi faţă de colegii lor;

g) tendinţe la delincvente şi criminalitate, apetenţă pentru alcool, droguri, conduite de refugiu sau agresiune (suicid, criminalitate), tendinţă la perversiuni.

Făcând o sinteză a acestor aspecte mai sus menţionate, E. Dupre afirmă că viaţa psihopaţilor se înfăţişează ca o suită neîntreruptă de bizarerii, extravaganţe, neregularităţi, fugi, delicte şi crime, internări repetate în spitalele de psihiatrie, expertize medico-legale psihiatrice, dezertări, simulări ale unor afecţiuni în scopul realizării unor interese, parazitism social, vagabondaj, alcoolism, toxicomanii, diferite conduite de refugiu etc.

Psihopaţii sunt personalităţi perverse moral şi caracteropatic din punct de vedere psihopatologic, incorigibile, imposibil de a putea fi ameliorate sau schimbate, imprevizibile, cu tendinţă la recidivă.

IV. PSIHOGENIILE.

Psihogeniile sunt un grup de afecţiuni nevrotice şi psihotice care apar în urma unor traume psihice.

Traumele psihice pot fi: acute şi cronice.

Traumele acute de tipul spaimei, a morţii persoanei apropiate etc. duc la o psihoză reactivă, iar ***traumele cronice*** (stres permanent în familie, la serviciu) duc la nervoză.

Prin urmare psihogeniile se împart în: **nevroze** şi **psihoze reactive.**

Nevrozele.

Nevrozele reprezintă un grup de acţiuni reactive exprimate clinic printr-un complex de simptome cu caracter vegetativ-somatic conştientizate de bolnav. Tulburările psihice sunt relativ minore, bolnavul păstrează conştiinţa caracterului tulburării sale.

Nevroza ca termen a apărut în literatura mondială în secolul al XVIII-lea, fiind introdus de medicul Cullen (1776). A devenit popular, constituind un termen comun pentru desemnarea tuturor bolilor neorganice ale creierului. Cu timpul a fost demonstrat că nevrozele apar numai după o traumă psihică.

Clasificarea nevrozelor

În ultimii ani s-a stabilit următoarea clasificare:

1. Neurastenia
2. Isteria
3. Nevroza obsesiv-fobică
4. Stările nevrotice mixte.

Neurastenia.

Neurastenia a fost descrisă de Beard (1869) ca „slăbiciune iritabilă a sistemului nervos”, exprimată clinic printr-un complex de tulburări psihice şi somatice, determinată de o traumă psihică cronică.

Neurastenia se manifestă clinic prin următoarele simptome: astenie caracterizată prin apariţia unei stări de oboseală psihică şi fizică. Astenia se manifestă ca o senzaţie de oboseală permanentă nelegată de intensitatea efortului depus. Intensitatea este maximă dimineaţa, cu o scădere spre seară. Scade iniţiativa, puterea de concentrare. Bolnavul uită repede unele date, mai des numele şi prenumele oamenilor apropiaţi; se excită uşor, nu suportă zgomotele, lumina puternică, acuză parestezii, senzaţii neplăcute în organism, creşte sensibilitatea intero- şi exteroreceptorilor. Apar senzaţii viscero-vegetative funcţionale. Manifestări cardiovasculare (crize de tahicardie, hipertensiune arterială), manifestări respiratorii (dispnee astmatiformă, accese de tuse), manifestări digestive (dureri epigastrice, spasme faringiene, colite spastice).

La bolnavii cu neurastenie adeseori apare cefaleea de diferită intensitate şi localizare, care poate fi difuză, sau cu localizare frontală, temporală, occipitală etc.

Un simptom caracteristic este şi insomnia. Bolnavii adorm greu, somnul este neliniştit, cu coşmaruri, după somn nu se simt odihniţi.

În prezent putem descrie din punct de vedere clinic următoarele forme de neurastenie (T.Pirozynski, V.Chiriţă, P.Boişteanu, 1993):

1. Forma depresivă
2. Forma anxioasă
3. Forma cenestopată.

Forma depresivă se caracterizează prin tristeţe legată de diferite situaţii, dar bolnavul nu pierde interesul faţă de viaţă şi se luptă pentru a ieşi din impas. Clinic această formă se caracterizează prin scăderea activităţii, dispoziţie tristă, deprimată. Apar simptome de suferinţă morală, deznădejde cu scăderea interesului faţă de familie, de colectiv. Bolnavul face impresia unui om obosit, plictisit, posomorît. Uneori simptomele nevrotice sunt însoţite de anxietate.

Forma anxioasă se caracterizează prin anxietate, prin nelinişte, deseori legată de situaţii traumatizante trăite. Tabloul clinic este de obicei însoţit de excitaţie psihomotorie, asociată cu tulburări viscerovegetative şi senzomotorii. Pe acest fond apar uneori şi simptome obsesive, ipohondrice, cenestopate.

Forma cenestopată. Tabloul clinc este caracterizat de acuzele somatice cu caracter migrator, instabile, fixate la diferite organe din aparatul cardiovascular şi cel respirator. Bolnavul îşi fixează diferite senzaţii (cenestopatii), de aceea se consultă şi face investigaţii la diverşi specialişti medicali. Acuzele somatice sunt de obicei polimorfe: cefalee, arsuri, înţepături, diverse senzaţii cu caracter neplăcut în regiunile precardiacă, epigastrică; anorexie. Toate acuzele au un caracter subiectiv, funcţional, intensitatea lor scade, prin distragerea atenţiei.

Neurastenia permite, în general, restabilirea capacităţii de muncă. Dar un anumit procentaj poate avea o evoluţie trenantă. Este vorba despre aşa-numita *„dezvoltare nevrotică”* descrisă în literatură de O.V.Kerbikov, N.D.Lacosina, N.A.Oprea, T.Pirozynski.

Astfel, sunt descrise trei stadii în evoluţia dezvoltării nevrotice.

- Primul stadiu se caracterizează prin astenie prelungită şi tulburări emoţionale induse de situaţii traumatizante.
- Dacă nu se obţine remisiunea în 6 luni, se ajunge la stadiul al doilea. În acest stadiu simptomatologia nevrotică se agravează paralel cu tulburările neurovegetative, trauma psihică nu are influenţă în evoluţie. În acest stadiu de evoluţie tulburările emoţionale sunt mai palide, factorii psihogeni tot mai puţin îşi găsesc proiecţia în tabloul clinic. Apar elemente de modificare a caracterului: reacţii afective fără pricină, şovăială, reţinere, reacţie de apărare cu caracter pasiv, lipsa de iniţiativă, care se împletesc cu fondul depresiv. Aceste modificări caracteriale devin stabile şi bolnavul pierde critica faţă de trăsăturile sale noi.
- În fază a treia persona nu-şi modifică în mod esenţial caracterul. Apar periodic schimbări emoţionale, stări depresive, disforice fără motive. Starea nevrotică se aseamănă cu o psihopatie dobîndită.

Diagnosticul diferenţial al neurasteniei se face cu bolile somatice generale, sindromul neurastenic din bolile endocrine, neurologice, traumatisme craniocerebrale, tumori cerebrale, toxicomanii, alcoolism cronic etc. Cu bolile endogene: schizofrenia, psihozele puerperale (psihozele legate de maternitate),

depresia reactivă psihologică şi cu sindromul nevrotiform apărut în urma unor boli organice.

Profilaxia etse orientată spre luarea de măsuri capabile să asigure afirmarea personalităţii în relaţiile sale cu ambianţa. Un rol pozitiv are educaţia şi instruirea, orientarea profesională şi prevenirea situaţiilor conflictuale care întreţin şi agravează boala.

Tratamentul neurasteniei trebuie să fie dinamic, în diverse combinaţii terapeutice, în funcţie de forma clinică şi de toleranţa individului.

În primul rînd, trebuie înlăturată trauma psihică. Se pot aplica: meprobamat, tazepam, relanium. În formele mai grave: amenazina, stelazina. În afara de aceasta se mai utilizează Vitamine B1, B6, B12, encefabol, fosfobion. În ultimii ani se recurge la psihoterapii, acupunctură etc.

Nevroza isterică.

Nevroza isterică a fost descrisă de Platon în anul 424 pînă la era noastră. Din punct de vedere ştiinţific a fost studiată secolul XIX-lea de Briguiet şi S.Charcot. Studiul asupra isteriei a fost continuat de P.Janet care a căutat să stabilească relaţia isterie-hipnoză. Isteria se întîlneşte mai frecvent la femei.

Nevroza isterică apare ca urmare a acţiunii unor traume psihice.

Clinica nevrozei isterice este foarte variată. Pot apărea următoarele simptome: crize tetaniforme, convulsive, crize de contractură, crize de excitaţie isterică.

Criza convulsivă isterică de obicei apare în condiţii psihotraumatizante. La început criza are un caracter zgomotos, bolnavii cad unde este mai moale ca să nu se lovească, respiraţia se modifică, apar convulsii cu mişcări dezordonate. În acest timp bolnavii plîng, demonstrativ îşi rup părul de pe cap sau haina, lovesc cu mîinile obiectele apropiate fără aşi privoca durere. Crizele se desfăşoară în prezenţa unui anturaj care poate influienţa asupra duratei acestora. Conştiinţa de obicei rămîne clară. În cazurile de criză isterică diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu epilepsia. Criza de epilepsie are specificul său. Criza începe brusc fără

cauză. Bolnavul cade unde se află, îşi pierde conştiinţa, nu respiră, dispar reflexele, bolnavul deseori îşi muşcă limba, are micţiuni involuntare. Criza epileptică durează pînă la 5 minute, isteria pînă la 30 minute. Criza epileptică se termină cu o stare de somn sau crepusculară care durează pînă la 20-30 minute. După criză apare o amnezie. Bolnavul cu isterie ţine însă minte ce sa petrecut în momentul crizei.

În alte cazuri la bolnavii cu isterie nevrotică apar simptome neurologice: paralizii funcţionale localizate sau generalizate, contracturi, spasme musculare care pot cuprinde un membru, un deget, un muşchi sau un grup de muşchi. Pot să apară crize de căscat, de strănut, sughiţ, disfagie, tremurături. Din punct de vedere clinic paraliziile pot să apară sub formă de monoplegii însoţite de anestezie, hemiplegii şi paraplegii. La aceşti bolnavi mersul este specific: bolnavul trage membrul paralizat ca un corp inert. În literatură întîlnim şi descrierea sindromului Lasegue, caracterizat prin monoplegie cu anestezie globală. Trebuie subliniat că paraliziile şi anesteziile nu coincid cu sistemul anatomic de inervaţie şi nu sunt tulburări obiective neurologice. Apar mai frecvent în formă de mănuşi şi ciorapi.

Manifestări ale nevrozei se mai întîlnesc sub formă de: astazie-abazie, cînd bolnavul stă în picioare şi nu-şi poate menţine echilibrul, decît mişcîndu-se permanent ori prin mişcări pseudoataxice ale trunchiului. Mersul anormal se manifestă sub formă de tremur, ticuri. Mai rar se întîlneşte letargia isterică „moarte falsă”.

Nevroza isterică se mai caracterizează şi printr-un complex de dereglări vegetative: tuse şi spasme respiratorii, ocluzii spastice, spasme laringiene, anorexie, greţuri, vărsături, glob isteric etc.

Tratamentul nevrozei isterice începe cu neutralizarea psihotraumei. Ulterior se aplică psihoterapia, acupunctura şi terapia medicamentoasă: meprobamat, amenazina, vitaminele B1, B6, amitriptilină etc. Trebuie subliniat că tratamentul depinde de forma dereglărilor.

Nevroza obsesiv-fobică.

Nevroza obsesiv-fobică se caracterizează prin apariţia în tabloul clinic a sindromului obsesiv-fobic care predomină timp îndelungat la bolnavi.

Debutul se produce la vîrsta de 15-40 ani. Boala se caracterizează prin trei grupe de simptome: idei obsesive, acţiuni obsesive, frică (fobie) obsesivă.

Ideile obsesive se caracterizează prin apariţia involuntară a diferitelor idei neplăcute sau a unor amintiri obsesive care dispar foarte lent.

Acţiunile obsesive se caracterizează prin apariţia diferitelor acţiuni de la care bolnavul nu se poate abţine. Totodată apar şi diferite ritualuri.

Fricile (fobiile) obsesive se caracterizează ca stări de frică bolnăvicioasă, lucidă şi recunoscută de bolnavi.

Fobiile clinic se împart în:

agarofobie-teama de a străbate singur un spaţiu deschis;

demonofobie-teama de draci;

dismorfofobie-teama de a nu deveni deformat;

ereutofobie-teama de a nu roşi;

hidrofobie-teama de apă;

sifilofobie-teama de sifilis;

zoofobie-teama de animale;

autofobie-tema de a rămîne singur;

cancerofobie-teama de a fi bolnav de cancer etc.

Deosebim şi nevroze mixte, care apar mai ales la copii.

Nevroze mixte.

Nevroza motorie sau a ticurilor. Se caracterizează prin apariţia unor mişcări fără scop, bruşte, rapide şi repetate. Apar mai des la copiii de vîrsta 4-7 ani, dar pot fi întîlnite şi la adulţi.

Simptomatologia este destul de variată. Mişcările se agravează în stări emoţionale sau de oboseală şi dispar în somn.

Mişcările apar în formă de imitaţie, fixare a unei reacţii de apărare.

Nevroza motorie se tratează cu preparate de brom, kaliu, vitamine, meprobamat, pantagam, diazepam etc. Se foloseşte hipnoza şi acupunctura.

Logonevrozele (bîlbîiala nevrotică). Sunt dereglări care apar după o psihotraumă. Tulburările sunt funcţionale şi se caracterizează printr-o bîlbîială fonetică.

Logonevroza poate fi clonică, tonică, inhibată.

Forma clonică se caracterizează prin repetarea de mai multe ori prin silabe pînă se termină vorbirea.

La *forma tonică* pronunţarea primei silabe este precedată de o stare spastică pînă se formează cuvîntul.

Forma inhibată se caracterizează printr-o pauză lungă între întrebare pusă şi începutul răspunsului.

Trebuie subliniat că logonevroza nu este un simptom izolat. Bunăoară, dereglările de vorbire sunt întotdeauna asociate cu dereglări respiratorii şi neurovegetative. Cel mai constant simptom al dereglărilor respiratorii sunt considerate bătăile aripilor nasului. Dintre dereglările neurovegetative şi motori pot fi numite: grimasele, sincineziile faciale, contorsiunile capului, ale gîtului, umerilor,mişcarea mîinilor şi picioarelor.

Tratamentul se face cu ajutorul logopedului, dar se mai utilizează psihoterapia şi tratament medicamentos.

Enurezisul nevrotic. Apare la vîrsta de 2-3 ani după o traumă psihică şi în context nevrotic. Diagnosticul enurezisului nevrotic trebuie bine precizat. Se cercetează măduva spinării şi coloana vertebrală (spina bifida), se exclud leziunile urogenitale, cerebrale, diabetul zaharat, epilepsia.

În timpul tratamentului este indicată înlăturarea situaţiei traumatizante, încărcăturii afective negative. Trebuie stabilit un regim dietetic prin reducerea lichidului seara şi o cină mai sărată pentru reţinerea apei. Se mai foloseşte psihoterapia, acupunctura şi tratament medicamentos.

Anorexia nevrotică. Lasegue a descris această nevroză în anul 1873. A studiat 8 cazuri pe care le-a denumit „anorexie isterică”. Peste 10 ani, în 1883,

Huchard a denumito „anorexie mintală”. În anul 1942 Cremieux a descris simptomele principale ale anorexiei nevrotice: puerilism mintal, slăbire, anorexie şi amenoree.

Debutul se produce la vîrsta de 15-20 ani la fetele care sunt preocupate de faptul că sunt corpolente. Acestora li se pare că mereu se îngraşă şi de aceea nu mănîncă. Bolnavii devin capricioşi, încăpăţînaţi, se închid în sine. Apare amenoreea şi hipotensiunea arterială cu bradicardie, poate să se dezvolte hipoglicemia. Slăbirea este progresivă şi după 1-2 ani de la debut se poate ajunce la o stare de caşexie foarte gravă.

Psihozele reactive.

Psihozele reactive constituie un grup de dereglări psihice care apar după o traumă psihică cu caracter de şoc.

Clasificarea psihozelor reactive

Psihozele reactive se împart în:

1. Reacţiile acute de şoc;
2. Reacţiile acute de subşoc;
3. Reacţiile cronice.

Reacţiile acute de şoc pot fi: agitaţia psihomotorie; stupoarea reactivă.

Agitaţia psihomotorie se caracterizează prin fuga reactivă. Bolnavii sunt agitaţi, nu-şi găsesc locul, sunt speriaţi, au o frică profundă. Părăsesc locul unde se găsesc, fugind fără nici un ţel. Conştiinţa nu este clară. După reacţie apare o amnezie (bolnavul nu ţine minte ce s-a petrecut cu el).

Stupoarea reactivă. Bolnavii nu se mişcă, tot timpul se găsesc în pat. Nu răspund la întrebări (mutism), deseori în ochi le apar lacrimi, pot să descrie durerile lor prin semne gesticulate.

Reacţiile acute de subşoc pot fi: depresia reactivă; reacţiile delirante paranoide; halucinoza reactivă; reacţiile psihotice isterice; sindromul Ganser (stare crepusculară isterică); pseudodemenţa; puerilismul; sindromul sălbăticiunii.

Depresia reactivă. Se caracterizează prin tristeţe, nelinişte psihomotorie marcată, atitudini de apărare şi revoltă faţă de momentul traumatizant. Bolnavii se plîng că dorm rău, le este greu pe suflet. Pot să apară elemente de delir autosugestiv şi gînduri de sinucidere. În cadrul tabloului clinic permanent este prezentă trauma psihică.

Reacţiile delirante paranoide. Aceste reacţii sunt mult mai polimorfe decît depresia reactivă. Tabloul clinic se caracterizeză prin apariţia bruscă a unor idei delirante de persecuţie, urmărire, relaţie. Bolnavul este convins că în jur se află numai duşmani care vor să-l distrugă, îl spionează şi otrăvesc prin diferite mijloace atmosfera. Aceste teme delirante sunt de obicei însoţite de halucinaţii auditive şi vizuale. Aude voci ale unor persoane cunoscute, care vorbesc în şoaptă despre el, aude glasuri ale membrilor familiei, plînsetele şi ţipetele copiilor.

Reacţiile delirante paranoide dispar treptat pe măsură ce se îndepărtează în timp faptul traumatizant.

Halucinoza reactivă. Se caracterizează prin halucinaţii vizuale, bolnavii îşi văd moartea proprie, a părinţilor, a copiilor. Mai ales cînd este vorba de o crimă, bolnavii văd cum se desfăşoară ancheta, cum sunt torturaţi cei care au săvîrşit-o. Exemplu: feciorul a săvîrşit o crimă, mama s-a înbolnăvit de scîrbă şi totul ce s-a întîmplat „i se năzărea". Halucinaţii vizuale apar mai ales noaptea.

Starea crepusculară isterică (Ganser). Faptul clinic cel mai caracteristic al sindromului Ganser este aşa-numitul „răspuns alături" la întrebările puse. De exemplu: Cîte degete ai la o mînă?, răspuns: zece ş.a.

Simptomele sindromului Ganser apar pe fondul unei tulburări a conştiinţei: dezorientare temporo-spaţială.

Pseudodemenţa. Se caracterizează printr-un răspuns absurd al bolnavilor, asemănător cu cel din demenţa profundă. Bunăoară bolnavul încearcă să mănînce supa cu furculiţa sau cu coada lingurii, îmbracă halatul cu nasturii la spate,

încearcă să îmbrace cămaşa introducînd picioarele în mînecile acesteia. La întrebarea cîte urechi are, bolnavul poate să răspundă: o sută ş.a.

Puerilismul. Se caracterizează prin comportament infantil (ca al unui copil). Bolnavii reproduc vorbirea copiilor. Se joacă cu păpuşi. Se adresează către personalul medical „tanti, nene, mamă, tată", cer jucării, vor să fie luaţi în braţe.

Sindromul sălbăticiunii. Bolnavul se comportă ca un om sălbatic. Latră ca cîinele, merge în patru labe, mănîncă din strachină cu gura, doarme pe podea. Alţii întind mîinile să zboare. Conştiinţa nu este clară.

Reacţiile cronice pot fi: starea reactivă delirantă cronică; starea depresivă reactivă cronică; starea halucinatorie reactivă cronică; stările reactive transformative.

Evoluţia acestor psihoze se prelungeşte de la 6 luni pînă la un an. Sindroamele reactive prezente sub formă de depresie, delir, halucinoză care apar în timpul psihozei acute se prelungesc cu intensitate mai redusă. În alte cazuri se transformă dintr-un sindrom în altul. De exemplu, poate să apară o depresie care se transformă în halucinoză şi invers. Afectivitatea scade, bolnavii devin mai pasivi, apatici.

Tratamentul psihozelor reactive depinde de sindromul dominant. Se administrează preparate neuroleptice, antidepresante şi tranchilizante.

V. TULBURARILE PSIHICE CA URMARE A DEREGLĂRII METABOLISMULUI.

Pelagra. Cea mai frecventă afecţiune avitaminoasă este pelagra. Factorul etiologic este alimentaţia lipsită de vitamina PP şi în genere lipsa vitaminelor din complexul B, cum sunt vitaminele B_1 (tiamina), B_2 (riboflavina), B_6 (piridoxina). Favorizează apariţia pelagrei şi alţi factori cum ar fi: abuzul de alcool, infecţii cronice, dereglările endocrine. În pelagră au loc şi o mulţime de dereglări somatice, mai ales ale aparatului digestiv. Mai frecvente sunt tulburările gastro-intestinale sub formă de diaree, stomatită, glosită, gastrită ulceroasă, enterite pelagroase.

Dereglările sistemului nervos se manifestă prin parapareze, paraplegii, abolirea reflexelor oasteo-tendinoase, iar uneori chiar şi polinevrită pelagroasă, mai ales la pacienţii care fac abuz de alcool. Psihozele pelagroase sunt foarte variate. Destul de variate sunt şi datele epidemiologice. Unii autori prezintă de la 4-7%, alţii până la 90%. Este adevărat că aici sunt incluse şi tulburări mai uşoare, nevrotiforme.

Formele clinice ale tulburărilor psihice pelagroase se prezintă iniţial sub forma unor stări nevrotiforme cu iritabilitate crescută, insomnie, stare de nelinişte, anxietate, cefalee, diferite parestezii, senzaţii de arsură.

Caracteristic pentru pelagră este sindromul depresiv, depresiv-paranoic cu anxietate, idei de autoacuzare, auto-umilire cu tendinţe de sinucidere. La unii bolnavi este prezentă o stupoare apatică. Mai frecvent se instalează un sindrom amentiv cu o agitaţie externă, obnubilare profundă a conştiinţei, cu dezorientare complexă, cu stare generală destul de gravă, uneori cu evoluţie spre deces. Predomină halucinaţiile vizuale destul de vii şi scenice, care reprezintă flăcări, incendii. Uneori delirul evoluează sub forma unui sindrom delirant oniric cu o percepţie iluzorie a mediului ambiant.

Tratamentul psihozelor pelagroase are un caracter individual. În primul rând, se administrează un şir de medicamente destinate ameliorării bolii de bază. În funcţie de aspectul clinic al psihozei se recomandă psihotrope, anxiolitice,

antidepresive, neuroleptice. Importantă în pelagră este şi dietoterapia cu interzicerea consumului de porumb, de băuturi spirtoase, evitarea alimentelor bogate în celuloză; se recomandă un regim bogat în proteine animale (carne, lapte, ouă), bogat în vitamine din complexul B. De asemenea se recomandă legume (roşii, varză, fasole), drojdia de bere.

Distrofia alimentară. În distrofia alimentară dereglările psihice au loc în perioada de caşexie şi sunt prezentate sub forma unei astenii cu adinamie, inactivitate, slăbiciune. Perioada acută se manifestă prin dereglări de conştiinţă, mai des cu un sindrom amentiv sau delirant-oniric, cu percepţia iluzorie a mediului ambiant. La unii bolnavi poate apărea o stupoare apatică, la alţii stări de disforie.

Rahitismul. Se caracterizează prin stări astenice, apatice, depresive, uneori tulburări de conştiinţă cu caracter amentiv, halucinaţii vizuale. În cazuri grave apare demenţa.

Insuficienţa vitaminei B_6 la copii poate duce la stări epileptiforme sub formă de accese mari (grand mal) şi mici (petit mal).

VI. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN BOLILE ENDOCRINE.

Dereglările psihice în bolile endocrine sunt determinate de disfuncţii hormonale ale glandelor cu secreţie internă. Ca urmare au loc alterări în aparatul psiho-endocrin. Acestea duc la diferite tulburări ale metabolismului, ale sistemului vegetativ, vascular şi în cele din urmă la formarea unei encefalopatii toxice pe fondul căreia apar diferite alterări psihice. Alături de simptomele generale ale bolilor endocrine se observă şi un caracter specific al simptomatologiei pentru fiecare glandă endocrină în parte.

Boala Basedow (tireotoxicoza) este însoţită de o excitabilitate crescută, explozivitate, labilitate afectivă, crize de afect. Predomină fondul depresiv cu anxietate, starea de nelinişte, agitaţie, activitate crescută, mai rar stări de disforie. Apar stări nevrotiforme sub formă de neurastenie, fenomene isterice, obsesiv-fobice, uneori apatia. Cenestopatiile se prezintă sub formă de senzaţii neplăcute în diferite părţi ale corpului şi deseori sunt însoţite de idei ipohondrice. Formele grave ale bolii Basedow se caracterizează prin dereglări de conştiinţă cu alterări delirante şi de ameţeală, cu tulburări halucinatoriu-delirante, au loc sindroame schizoforme cu un delir de urmărire, otrăvire, influenţă, excitaţie sau stupoare catatonică, care prezintă dificultăţi în diagnosticul diferenţial cu schizofrenia.

Mixedemul. Tipic pentru această boală este apatia, cu o inhibiţie generală, indiferentă faţă de mediul ambiant. Psihozele acute se prezintă ca o depresie cu inhibiţie motorie, idei de autoacuzare şi ipohondrice. În alte cazuri apare o excitaţie maniacală cu euforie, idei de grandoare, stări delirante şi crepusculare, accese epileptice, fenomene catatonice (stupoare, excitaţie). Tulburările de percepţie se manifestă sub formă de halucinaţii vizuale şi auditive, pseudo-halucinaţii. Procesul asociativ este modificat de un sindrom halucinatoriu paranoic cu idei de urmărire, de influenţă, idei ipohondrice. Destul de frecvente şi pronunţate sunt alterările mnestico-intelectuale. Dacă mixedemul apare în prima copilărie (1-3 ani), se produce o oprire în dezvoltare a proceselor mnezice şi la bolnavi apar cele mai grave grade de oligofrenie: imbecilitatea sau idioţia. Moartea survine frecvent prin

comă.

Acromegalia se caracterizează printr-o astenie, apatie cu indiferenţă, inactivitate, cu restrângerea intereselor şi tendinţelor. Apar stări afective cu un sindrom maniacal sau depresiv, cu anxietate, idei ipohondrice. O dată cu creşterea adenomului apar psihoze mai grave cu somnolenţă, sindrom Korsakov, stări pseudo-paralitice, accese spastice. Mai rar apar sindroamele pseudo-schizofrenice.

Cretinismul este o stare de bradifrenie cu o inhibiţie a proceselor psihice, indiferenţă faţă de mediul ambiant, inactivitate, uneori fenomene obsesiv-fobice. În cele din urmă apare o demenţă organică.

Boala Iţenko-Cushing. Se întâlneşte mai des la femei. Caracteristică este o obezitate a feţei, a pieptului şi a abdomenului. Faţa este ovală de culoare roşie destul de pronunţată. Psihic se prezintă printr-o astenie cu adinamie, cu apatie. Pe acest fond poate apărea starea de euforie cu indiferenţă şi fenomene delirante. Fenomenele depresive se asociază cu idei ipohondrice de autoacuzare, cu tendinţă la suicid, cu schimbări fragmentare psiho-senzoriale (elemente de derealizare). La bolnavi apar stări obsesiv-fobice, un sindrom schizoform cu idei delirante de urmărire, otrăvire. În cazuri mai grave se formează un sindrom psiho-organic cu accese epileptiforme, sindrom Korsakov, demenţă organică.

Distrofia adiposo-genitală este însoţită de o stare astenică cu adinamie, cu o astenie psihică. Se descriu stări depresive cu tendinţă spre suicid şi stări maniacale. Aceste tulburări afective creează dificultăţi în diagnosticul diferenţial cu psihoza maniaco-depresivă. Uneori în prim-plan apare un sindrom apatic. Psihozele acute se manifestă sub formă de confuzie de tip delirant, asociată cu halucinaţii, uneori reacţii schizoforme cu diferite idei delirante. Pe fondul demenţei organice la bolnavi apare sindromul Korsakov sau accese epileptice, stări pseudo-paralitice.

Boala Addison se manifestă la început printr-un sindrom astenic destul de accentuat, cu o oboseală permanentă, surmenaj. Uneori acest sindrom are un caracter apatic cu adinamie. Fondul afectiv se prezintă cu o depresie sau manie. În cazuri acute au loc tulburări de conştiinţă cu stări delirante, cu halucinaţii vizuale,

auditive, olfactive şi tactile, stări confuze crepusculare şi amentive. Se întâlnesc sindroame schizoforme cu un delir de urmărire, de gelozie. Când psihoza are o evoluţie cronică se dezvoltă o demenţă organică cu alterări mnezice, accese epileptiforme.

Diabetul. Conform datelor statistice, tulburările nevrotice şi psihotice la bolnavii de diabet se întâlnesc aproape în 50% din cazuri. Mai caracteristice sunt reacţiile nevrotice şi o labilitate emoţională care duc la alterări ale personalităţii cu elemente pseudo-nevrotice şi pseudo-psihotice. În literatură sunt descrise şi stări psihotice mai grave ca: tulburări de conştiinţă, cu sindroame delirante onirice, amentive. La unii bolnavi se observă halucinaţii elementare sub formă de fotopsii, diferite glasuri, uneori reacţii schizoforme cu un paranoid, în cazuri grave pe fonul encefalopatiei diabetice se întâlnesc accese epileptiforme, sindrom Korsakov cu confabulaţii.

Sindromul hipo-funcţional pancreatic se exprimă prin stări de slăbiciune, somnolenţă, bradipsihie, alterări crepusculare, accese convulsive. Stările hipoglicemice cu o evoluţie mai îndelungată duc la alterări psihopatiforme sau stări amnezice.

Tratamentul. În primul rând, se efectuează un tratament etiologic, adică al bolii de bază. În al doilea rând, se va prescrie un tratament simptomatic în funcţie de tabloul clinic şi fondul pe care acesta evoluează. Ţinând cont de psihopatologia polimorfă a acestor psihoze, e indicată administrarea sedativelor, antidepresivelor, anxioliticelor, psiho-stimulatoarelor, neurolepticelor. În cazuri acute, cu stări confuzionale, e necesară o dezintoxicare a organismului. În cazurile mai complicate este necesară aplicarea preparatelor hormonale, radioterapia, tratamentul chirurgical.

VII. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN BOLILE APARATULUI GENITAL ŞI ÎN PERIOADA PUERPERALĂ.

Tulburările psihice în aceste boli somatice se manifestă printr-o simptomatologie destul de variată şi sunt în directă dependenţă de modificările endocrino-metabolice. Din această grupă mai importante sunt psihozele legate de maternitate – din cursul graviditătii şi puerperalităţii. Aceste psihoze au fost descrise în antichitate de Hipocrat şi Galenus. Psihiatrul francez Marce, în anul 1858, pentru prima dată a făcut o diferenţiere minuţioasă dintre psihozele din perioada graviditătii, post-partum şi din perioada de lactaţie.

Ciclul menstrual şi psihozele. Pentru psihiatru ciclul menstrual prezintă interes din trei puncte de vedere: 1) apariţia diferitelor stări nevrotiforme în timpul ciclului; 2) acutizarea diferitelor psihoze în cursul ciclului menstrual; 3) dereglarea acestui ciclu în diferite psihoze.

Ciclul menstrual este un act fiziologic, care la femeile sănătoase evoluează fără alterări din partea sistemului nervos. La unele femei cu o labilitate afectivă în timpul ciclului menstrual poate apărea aşa-numita neurastenie menstruală, care se manifestă prin iritabilitate crescută, istovire, stare de oboseală. Bolnavele nu se pot concentra, devin capricioase. La unele femei în perioada premenstruală apare o stare de anxietate, cu depresie şi indiferenţă faţă de mediul ambiant. Alte femei se plâng de dureri de cap, palpitaţii, hipersomnie, un disconfort general.

În unele cazuri în perioada menstruaţiei se produce acutizarea nevrozelor (isterie, psihastenie), a psihozelor endogene. Creşterea frecvenţei acceselor epileptice i-a făcut pe unii autori să vorbească despre o epilepsie menstruală. Au fost descrise în această perioadă crize de excitaţie catatonică (A. Molohov, Kraft-Ebing), accese confuzionale (Fridman, Kovalevski, S. Korsakov). Până în prezent sunt emise diferite păreri referitor la existenţa psihozelor menstruale propriu-zise. În afară de acestea apar şi dereglări ale ciclului menstrual în diferite psihoze, ca schizofrenia, mai ales în forma catatonică, în psihoza maniaco-depresivă, în

stadiile tardive ale epilepsiei, în multe psihoze exogene şi organice cu o evoluţie îndelungată.

Psihoze postabortum Avortul este o traumă biologică care afectează întreg sistemul endocrin. În declanşarea alterărilor psihice alături de dereglările sistemului endocrin un rol important îl joacă factorul psihogen şi hemoragiile. Tabloul clinic se prezintă sub formă de diferite stări nevrotiforme, anxioase sau obsesiv-fobice, psihastenice, isterice. În unele cazuri se observă o depresie cu idei delirante de autoacuzare, manie. Totodată se remarcă acutizarea schizofreniei, epilepsiei şi psihozei maniaco-depresive. În avortul chirurgical uneori apar complicaţii manifestate prin procese infecţioase ale organelor genitale, care duc la tulburări psihice mai grave. Ele se manifestă mai frecvent printr-o stare confuză cu un sindrom amentiv sau delirant. În unele cazuri se întâlneşte o excitaţie catatonică. O evoluţie psihotică destul de benignă se observă când apare o complicaţie sub formă de sepsis.

Tulburări psihice ale graviditătţii se întâlnesc în circa 9% din cazuri (A. Molohov). Mai des se întâlnesc în perioada a doua a graviditătţii, mai ales când există şi o toxicoză. Prima grupă de tulburări sunt de tip nevrotiform şi se manifestă prin iritabilitate, irascibilitate, labilitate afectivă cu stări anxioase, cu tendinţe agresive, stări obsesiv-fobice şi isteriforme, mai des la femeile care nasc pentru prima dată (primipare). Tulburările afective se manifestă sub formă de sindrom depresiv cu tendinţe la suicid. Mai rar se întâlnesc stările confuzionale, care evoluează ca un sindrom amentiv. În timpul graviditătţii are loc o acutizare a nevrozelor (obsesiv-fobice, isteria, psihastenia) şi a psihozelor endogene (schizofrenia, epilepsia, psihoza maniaco-depresivă).

Psihozele post-partum Sunt o grupă de psihoze, care se întâlnesc în primele 6 săptămâni după naştere. La început ele au fost clasificate ca o grupă de psihoze aparte. Ulterior au fost trecute în grupa psihozelor infecţioase (A. Cistovici). În ultimii ani ele sunt considerate ca psihoze somatogene, care au la bază mai mulţi factori etiologici (endocrin, psihogen, infecţios, hemoragiile, condiţiile predispozante).

Simptomatologia psihozelor are un caracter polimorf, fiind o îmbinare de simptome cu caracter exogen şi endogen. Mai caracteristice sunt dereglările de conştiinţă. O importanţă mare are aşa-numita *amenţia post-partum.* Ea se întâlneşte destul de des, aproape în 44% (A. Molohov), la femeile care nasc prima dată, având vârsta de 20-30 ani. Amenţia apare în primele 5-10 zile după naştere. Psihoza are o evoluţie acută cu stări confuzionale, dezorientare completă, cu halucinaţii vizuale şi auditive, care au un caracter fragmentar. Se observă o agitaţie psihomotorie destul de accentuată cu mişcări haotice, uneori cu tendinţe agresive. Mai rar se constată o stupoare care survine după o scurtă criză de agitaţie motorie. Destul de mobile şi polimorfe sunt stările afective. În perioada acută predomină stări anxioase, care mai apoi trec într-o stare maniacală sau depresivă cu idei de autoacuzare, de urmărire, refuz alimentar (negativism). Bolnavele sunt obsedate de gândul că „copilul nu mai este", „a murit", „l-au ucis". După perioada acută predomină o astenie pe fondul căreia se manifestă diferite stări delirante de persecuţie, relaţie, otrăvire, autoacuzare. Amenţia durează de obicei 2-3 săptămâni, se caracterizează printr-o evoluţie destul de bună, cu un pronostic favorabil.

A doua grupă de psihoze o constituie dereglările afective. Predomină stările asteno-depresive, pe fondul cărora apar idei ipohondrice. Bolnavele devin apatice, indiferente, uneori apar fenomene de anxietate. În unele cazuri, când starea somatică post-partum este mai gravă, sindromul asteno-depresiv poate trece într-o stare confuză. Stările maniacale se întâlnesc mai rar şi se caracterizează prin fenomene psihomotorii, cu dispoziţie crescută, accelerare a procesului asociativ, uneori cu o dispoziţie pseudo-disforică cu tendinţe de agresivitate. Deseori sindromul maniacal se manifestă pe fondul stărilor confuzionale. Crizele maniacale sunt de scurtă durată şi se asociază cu stările de astenie.

Adeseori la aceste bolnave se întâlnesc tablouri schizofrenice cu caracter catatonic, care apar într-o perioadă mai îndepărtată după naştere. Debutul este brusc, cu o criză psihomotorie sau o stare depresivă. Dereglările de gândire nu sunt atât de pronunţate ca în catatonia obişnuită, ceea ce favorizează manifestarea diferitelor stări delirante fragmentare de persecuţie, ideilor ipohondrice. Excitaţia

motorie are un caracter tranzitoriu şi nu ajunge la un grad atât de sever. La unele bolnave, cu diferite complicaţii în timpul naşterii, pot apărea stări confuzionale tranzitorii. Destul de des se manifestă halucinaţii auditive. Bolnavele aud glasurile celor apropiaţi, ale copiilor. Halucinaţii vizuale se întâlnesc mai rar (la începutul psihozei). Uneori apar halucinaţii olfactive. Mai des catatonia puerperală se manifestă sub formă de excitaţie catatonică, mai rar stupoare catatonică.

Psihozele din perioada lactaţiei Apar în perioada alăptării copilului, mai frecvent între lunile a 3-a şi a 5-a ale alăptării (Kraepelin, Runge). Ele constituie circa 20% din psihozele puerperale.

La baza lor stau următorii factori: alăptarea prelungită, anemia, surmenajul fizic şi psihic după naştere, insomnia, diferiţi factori psihogeni (boala copilului). Pe acest fond apar diferite stări nevrotiforme cu caracter isteric, cu manifestări destul de polimorfe, obsesiv-fobice cu impulsiunea de a omorî copilul, de a-l arunca pe fereastră sau în foc, cu anxietate de a nu trece la acţiune.

Psihozele afective se prezintă sub formă de depresie cu stări anxioase sau sub formă de sindrom maniacal. Tabloul schizoform se manifestă prin catatonie cu halucinaţii auditive. Mai frecvent apare o excitaţie catatonică. Sunt descrise şi forme de paranoie cu caracter mistic, cu idei de otrăvire, urmărire, de gelozie sau ură faţă de copil, care pot merge până la infanticid.

Evoluţia şi pronosticul.

Psihozele în alterările proceselor de reproducere sunt de cele mai multe ori vindecabile, mai ales simptomele nevrotiforme. Rareori ele au o tendinţă spre cronicizare. Tulburările psihice din perioada graviditătii au o evoluţie destul de benignă şi numai în unele cazuri se prelungesc şi în perioada postpartum. Un pronostic bun îl au şi psihozele postpartum, mai ales când în tabloul clinic predomină stări confuzionale cu o evoluţie mai scurtă. Tulburările psihotice cu stări schizoforme, delirante, afective au un pronostic mai puţin favorabil şi în unele cazuri pot evolua sub forma unei psihoze maniaco-depresive sau unei schizofrenii.

Tratamentul tulburărilor psihice legate de maternitate este destul de variat. În timpul graviditătii se recomandă un tratament simptomatic, ţinând cont de

eventuala acţiune a medicamentului asupra fătului, mai ales în primele 4 luni de sarcină. În aceste cazuri se recomandă psihoterapia, care are un efect destul de bun, mai ales în stările de anxietate legate de naştere şi în depresiile uşoare. La sfârşitul sarcinii pot fi prescrise antidepresive, neuroleptice, de dorit în doze mici. În cazurile grave se pune problema întreruperii sarcinii. Această hotărâre se ia în cazuri excepţionale, având în vedere starea psihică şi somatică a bolnavei.

În cazul psihozelor de lactaţie, de rând cu tratamentul simptomatic, se aplică un tratament etiologic. În aceste cazuri se poate întrerupe lactaţia şi se administrează diferite preparate în funcţie de tabloul clinic al psihozei. Se recomandă restabilirea echilibrului endocrin.

VIII. EPILEPSIA.

Epilepsia este o boală care, se manifestă prin crize convulsive şi echivalente psihice cu un caracter paroxistic, apariţia unor stări psihotice şi modificări specifice ale personalităţii. În popor această boală este numită «boală neagră».

Denumirea de „epilepsie" a fost întrebuinţată pentru prima oară de Avicenna în lucrările sale. Termenul provine de la cuvântul grecesc «epilamvano», care înseamnă „a apuca, a strânge" şi reflectă starea bolnavului în timpul celui mai reprezentativ sindrom al bolii - criza majoră.

Boala se întâlneşte destul de frecvent si poate debuta la orice vîrstă, dar mai frecvent până la vârsta de 20 ani. După datele statistice, ea se întâlneşte în populaţie până la 5-6 bolnavi la 1000 locuitori.

Psihopatologia epilepsiei.

Schematic clinica epilepsiei cuprinde următoarele complexe simptomatice:

1) crize epileptice;

2) echivalenţe psihice

3) schimbări specifice ale personalităţii;

4) demenţa epileptică.

Clinica crizelor epileptice.

În cadrul epilepsiei se întâlnesc mai multe tipuri de crize convulsive. Cele mai frecvent întâlnite la bolnavii maturi sunt:

a) criza convulsivă majoră (grand mal),

b) criza convulsivă minoră (petit mal).

Tabloul clinic al crizei convulsive majore (grand mal) este pe drept cuvânt cel mai impresionant dintre simptomele acestei boli.

Clinica acestei crize, este compusă din: 1) semne premonitorii sau prodromale; 2) aură; 3) faza tonică; 4) faza clonică; 5) starea de post-criză.

Semnele premonitorii preced criza cu ore sau zile şi se manifestă la bolnavi

prin oboseală nemotivată, somn neliniştit, visuri alarmante, tristeţe, anxietate, apatie, indispoziţie, sau prin modificări ale apetitului sub formă de foame şi sete exagerată. În sfârşit, la alţi bolnavi se manifestă sub forma de parestezii sau contracţii clonice ale unor muşchi ai feţei sau corpului, scăderea văzului sau auzului, scăderea sau acutizarea mirosului şi gustului, fenomene «deja vu» - (deja văzut) sau «jamais vu» - (niciodată văzut).

În medie, la circa 50% din bolnavi criza începe cu aşa-numita aură. Manifestându-se clinic la bolnav prin una şi aceeaşi simptomatologie, aura poate servi drept indicator al sediului focarului epileptogen. Durata aurei e de la câteva secunde sau zeci de secunde până la 1- 2 minute, rareori mai mare. Deoarece aura precedă pierderea conştiinţei, bolnavii anticipează apariţia accesului convulsiv.

Penfield, cercetător de vază al bolii epileptice descrie următoarele **tipuri de aură:**

a) viscero-senzorială
b) viscero-motorie
c) senzorială
d) impulsivă
e) psihică

Aura viscero-senzorială se manifestă sub formă de palpitaţii, dispnee, senzaţii neplăcute în abdomen, greţuri, vomă, senzaţie de foame, sete.

Aura viscero-motorie se manifestă prin dilatarea şi îngustarea pupilelor, paloare sau eritemă, dureri în abdomen, diaree, peristaltism intestinal mărit.

Aura senzorială se manifestă sub formă de senzaţie de mişcări ale insectelor pe corp, amorţirea diferitelor părţi ale corpului sau prin apariţia fenomenelor psiho-senzoriale şi halucinatorii simple în diferite sfere ale percepţiei (auditivă, vizuală, olfactivă şi gustativă). Bolnavii văd pete roşii, văd obiectele din jur deformate sau aud zgomote, împuşcături, melodii, glasuri. La alţii poate apărea gustul de amar, acru, sărat, dulce sau mirosul de fum, putregai etc.

Aura impulsivă se manifestă de obicei prin acte motorii ce amintesc

automatismul ambulatoriu.

Aura psihică se manifestă sub formă de trăiri halucinatorii sau oneiroidoforme, fenomenele «deja vu» şi «jamais vu», stoparea gândirii, lacune ale memoriei, confuzie mintală.

După aură în cazurile tipice se declanşează *faza tonică a crizei.* Clinic aceasta se manifestă prin pierderea conştiinţei şi prăbuşirea bolnavului, timp în care se pot produce leziuni corporale, arsuri. Apare o contractură tonică a musculaturii întregului corp, care duce la oprirea respiraţiei şi apariţia cianozei feţei. De această cianoză pronunţată a feţei este legată denumirea «boală neagră». Globii oculari sunt de obicei «daţi peste cap», pupilele nu reacţionează la lumină, lipsesc şi alte reflexe. Pot apărea muşcarea limbii sau a buzelor, micţiunea sau defecaţia involuntara. Durata fazei tonice a crizei e în medie de 25-80 secunde. După aceasta urmează *faza clonică* care se manifestă prin contracturi simetrice şi alternative, care urmează una după alta, a flexorilor şi extensorilor trunchiului, membrelor şi capului.

În această fază, ca şi în cea precedentă, se produc muşcături ale buzelor, limbii. Cianoza feţei se micşorează până la o hiperemie pronunţată. Faza tonică ţine până la 2-3 minute.

După terminarea convulsiilor la majoritatea bolnavilor se constată semne de obnubilare a conştiinţei sau îngustarea ei de tipul stărilor crepusculare. La unii bolnavi are loc un somn adânc cu durată de câteva ore. Alţii îşi revin imediat. Constant bolnavii au amnezia totală de durata crizelor şi de cele mai multe ori află despre ele din spusele martorilor oculari. În unele cazuri crizele se pot repeta pe parcursul zilei cu o frecvenţă mare, situaţie denumită **serie de crize.** Se întâlnesc cazuri şi mai grave, când crizele urmează una după alta şi conştiinţa bolnavului nu se clarifică în intervalul de timp dintre crize. Această stare se numeşte «răul epileptic» sau **«status epilepticus».** Sunt descrise cazuri când la bolnav au avut loc până la 150 şi chiar mai multe crize. *Status epilepticus* prezintă un pericol pentru viaţa bolnavului şi se poate termina chiar cu moartea lui din cauza edemului cerebral şi pulmonar sau a insuficienţei

cardiace.

Clinica crizelor mici (petit mal) se caracterizează prin pierderea conştiinţei pentru câteva secunde şi apariţia concomitent a unei mişcări convulsive de scurtă durată (2-5 secunde). Au loc convulsii ale unor grupe de muşchi ai feţei sau membrelor. Bolnavul de obicei nu cade. Se manifestă amnezia acestei perioade.

Alături de crizele mici tipice mai există şi alte tipuri: **mioclonie, achinezie** şi altele.

În cadrul epilepsiei se descriu pierderi de conştiinţă de scurtă durată fără componentă convulsivă numite **absenţe** (lipsă). Aceasta se manifestă clinic prin încremenirea bolnavului în poziţia în care se află, nedesăvârşirea acţiunii începute, întreruperea vorbirii la mijlocul frazei sau balansarea în timpul mersului etc. Durata e de zecimi de secunde.

Echivalentele psihice ale crizelor convulsive

Tulburările psihice care apar paroxistic în cadrul epilepsiei se numesc *echivalente ale crizelor,* deoarece apar pe neaşteptate şi episodic, având aceleaşi semne premonitorii ca şi criza convulsivă. Aceste stări înlocuiesc prin apariţia lor crizele convulsive, adică sunt echivalente. Se întâlnesc următoarele tipuri de echivalente: **stări crepusculare**, **stări excepţionale** şi **disforii.**

Stările crepusculare. Stările crepusculare sunt stări care apar paroxistic şi se manifestă prin îngustarea câmpului conştiinţei. Bolnavii sunt dezorientaţi în spaţiu, dar păstrează posibilitatea de a săvârşi acţiuni care parcă îşi ating ţelul. Aceste stări apar pe neaşteptate şi tot pe neaşteptate se termină. Durata lor este de minute, ore sau zile. Bolnavii sunt dezorientaţi, comportamentul fiind determinat de trăiri halucinatorii şi idei delirante. Bolnavii prezintă halucinaţii vizuale şi auditive. Ei aud voci imperative sau cu conţinut îngrozitor şi ameninţător, văd pete de sânge, flăcări. În acelaşi timp bolnavii sunt plini de groază, furie. Apărându-se de duşmanii imaginari, ei săvârşesc crime monstruoase (omoruri, leziuni corporale). Unul din tipurile acestor stări este aşa numitul **somnambulism** numit şi **lunatism.**

În somnambulism bolnavul pare că îşi continua somnul, dar umblă prin cameră, înfăptuieşte mişcări sau poate săvârşi unele acţiuni lucrative, dar lipsite de sens. Încercarea de a-l întoarce la realitate, de «a-1 trezi» pe bolnav nu este încununată de succes. Mai mult, bolnavul frecvent opune rezistenţă, devine agresiv.

Se pot întâlni stări crepusculare cu manifestări de automatism ambulatoriu . În această stare bolnavii pot efectua călătorii îndelungate fără a atrage atenţia celor din jur prin comportamentul lor.

Sunt descrise călătorii de ore şi zile, iar bolnavul, revenind la conştiinţa clară, se întreabă cum a ajuns în alt oraş. Alt bolnav s-a îndreptat către vecinul de peste drum, dar s-a pomenit când «şi-a revenit» departe de oraş, în câmp pustiu.

După ieşirea din starea crepusculară se constată o amnezie deplină asupra celor trăite şi întâmplate.

Stările excepţionale sunt echivalente psihice care se manifestă printr-o stare excepţională a conştiinţei, în timpul căreia se produce dereglarea sintezei senzoriale care se manifestă prin derealizare sau prin modificări de schemă corporală (vezi tulburările sintezei senzoriale). La unii bolnavi apar fenomenele «deja vu» şi «jamais vu».

Disforiile. Unele din cele mai frecvente echivalente sunt stările care se manifestă prin tulburări ale dispoziţiei. De cele mai multe ori ele se manifestă prin scăderea bruscă a dispoziţiei însoţită de furie, anxietate şi tendinţa spre agresivitate. Dispoziţia scade după acţiunea unui factor psiho-traumatic sau fără motiv aparent. Conştiinţa este clară sau îngustată. Bolnavii sunt încordaţi, excitabili, explozivi, cicălitori. Orice contrarietate îi scoate din fire, ei se ceartă şi îi contrazic pe cei din jur. Uneori apar anxietatea severă, agitaţia psihomotorie, neliniştea, aşteptarea a «ceva monstruos». Bolnavii manifestă idei de autoacuzare şi sinucidere. Pot săvârşi acte agresive sau de sinucidere.

Uneori se pot manifesta disforii cu trăiri emoţionale pozitive: bolnavii au dispoziţie bună sau chiar sunt entuziasmaţi, simţind fericire, bucurie, uşurinţă a mişcărilor şi a corpului, un aflux al puterilor şi al posibilităţilor de a lucra nelimitat.

Particularităţile psihice ale bolnavilor epileptici

Evoluţia cronică a epilepsiei duce la schimbări ale personalităţii şi intelectului bolnavului. Cu timpul se observă o schimbare a caracterului, care se manifestă prin apariţia unor noi trăsături, care cu timpul conturează aşa-numitul caracter epileptic. Interesele bolnavului devin tot mai înguste, concentrându-se asupra intereselor legate de boala lui. Bolnavii devin egoişti, îngâmfaţi, sănătatea fiind cea care îi preocupă exclusiv. În caracter se manifestă excitabilitatea, agresivitatea. Deseori sunt contradictorii - fiind linguşitori peste măsură, totodată pot fi şi impulsivi. Se poate spune despre ei că sunt «îngeri cu piatra în sân». O trăsătură caracteristică este minuţiozitatea cu care îşi îndeplinesc sarcinile. Sunt pedanţi în menţinerea ordinii şi curăţeniei. Este caracteristică înclinaţia spre răzbunare şi afecte însoţite de furie.

Aspecte specifice ia şi gândirea bolnavilor care se caracterizează prin «amănunţire patologică» - detaliere excesivă, împotmolire în mărunţişuri nesemnificative. Totodată apare o încetinire a ritmului ideator cu limitarea sferei ideatorii.

Se observă aşa-numita «batere pe loc» (circumstanţialitate), când bolnavul nicidecum nu poate ajunge la ţelul pus, introducând în expunerea sa noi şi noi amănunte, incapabil să separe principalul de secundar. Ritmul vorbirii este lent, monoton. E caracteristică întrebuinţarea propoziţiilor introductive şi repetarea aceloraşi expresii şi sintagme. Cu timpul tot mai pronunţate devin erorile de memorie şi sărăcia limbajului.

Tot mai evidentă devine demenţa epileptică. Bolnavii acumulează tot mai puţine cunoştinţe, treptat pierzând din cele acumulate deja. Gândirea devine concretă, iar bagajul de cuvinte sărac, ajungând uneori până la oligofazie.

Dintre particularităţi se cere menţionat faptul că în practica psihiatrică se întâlneşte forma de epilepsie care evoluează fără crize convulsive, numită epilepsie larvară (ascunsă, latentă). Unele din formele clinice de epilepsie se manifestă preponderent prin tulburări psihice (epilepsia temporală sau psihomotorie). La copii mai frecvent se întâlnesc forme achinetice care se manifestă prin crize

propulsive sau retropulsive, mioclonie şi de tip «salam».

În unele cazuri crizele sunt provocate de un excitant extern specific (mecanic, vestibular, vizual, acustic, gustativ, olfactiv etc). Această formă este numită epilepsie reflectorie.

Etiologia şi patogeneza epilepsiei

Timp îndelungat epilepsia a fost considerată boală ereditară. Cercetările din ultima vreme au arătat că ereditatea în epilepsie nu este ceva fatal. Ereditar se transmite numai predispoziţia către crize, fond pe care sub influenţa factorilor exteriori sau interiori pot apărea crizele. S-a constatat că maladia epileptică este o boală poli-etiologică, la apariţia căreia pot contribui diferiţi factori nocivi care afectează encefalul antenatal, intranatal sau postnatal (infecţii, anoxia, traumatismul obstetrical, infecţii prenatale, meningite, encefalite, intoxicaţii, traume cerebrale, hematoame, hemoragii, aderenţe şi cicatrice posttraumatice, tulburări ale circulaţiei sanguine etc.). Boala epileptică poate apărea pe parcursul vieţii, cauzele fiind diferiţi factori nocivi care afectează encefalul. Cei mai frecvenţi dintre ei sunt traumele cerebrale şi neuro-infecţiile (otogenă, tonzilogenă, reumatică, gripoasă ş.a.). În multe cazuri boala epileptică are legătură cu consecinţele arahnoiditelor şi arahno-encefalitelor sau a altor afecţiuni organice ale creierului. Este mare şi rolul intoxicaţiei alcoolice care poate provoca reacţii epileptice, sindrom epileptic sau chiar boala epileptică. Despre epilepsia alcoolică se vorbeşte atunci când crizele şi alte simptome ale bolii epileptice apar pe fondul alcoolismului cronic.

Cercetările asupra răspândirii bolii epileptice la rudele acestor bolnavi au arătat că ele suferă de această boală în 4-5% din cazuri.

În epilepsie se descrie patogeneza bolii propriu zise şi patogeneza crizelor convulsive. La apariţia crizelor convulsive participă trei factori: 1) scăderea pragului convulsiilor (predispoziţia pentru paroxisme); 2) focarul epileptic; 3) excitantul epileptogen extern.

În fiecare caz luat aparte aceşti factori se găsesc în raporturi diverse: la

unii bolnavi rolul principal îl joacă primul factor, la alţii al doilea, iar la a treia categorie de bolnavi ultimul factor.

În funcţie de preponderenţa unui factor, deosebim 3 tipuri de epilepsie. Când predomină primul factor, este vorba despre epilepsia primară. La bolnavii cu această formă de epilepsie pragul excitabilităţii celulelor nervoase este scăzut.

Alt tip de epilepsie este cea focală. În aceste cazuri rolul principal în apariţia crizei îl joacă focarul epileptogen. Acest focar apare ca urmare a unei afecţiuni organice a creierului.

Şi, în sfârşit, la unii bolnavi rolul principal în apariţia bolii, precum şi în dinamica ei îl joacă excitantul epileptogen (epilepsia reflectorie).

Excitanţii pot acţiona asupra diferiţilor analizatori: vizual, auditiv, olfactiv, gustativ (epilepsie muzicogenă, fotogenă etc.).

Tratamentul epilepsiei

Succesul tratamentului epilepsiei depinde de mai mulţi factori care trebuie luaţii în consideraţie fiecare în parte:

1) Tratamentul trebuie început imediat după stabilirea diagnosticului;

2) Mărimea dozelor preparatelor depinde de caracterul şi frecvenţa crizelor, de particularităţile de evoluţie a bolii, de localizarea focarului epileptogen, de vârsta pacientului;

3) Bolnavul trebuie să ia medicamentele zilnic, regulat şi neîntrerupt. Schimbarea preparatelor se face lent, dozele alese fiind echivalente cu cele anterior administrate.

În cazul unei evoluţii favorabile a bolii, preparatul trebuie administrat pe durata de 3-5 ani.

Tratamentul poate fi complex datorită faptului că o mare însemnătate în etiologia epilepsiei o au leziunile organice ale creierului; în tratament însemnătate mare se acordă terapiei diuretice şi de resorbţie.

IX. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ

Psihoza maniaco-depresivă a fost descrisă de E. Kraepelin în anul 1899. Această psihoză are o evoluţie periodică cu faze maniacale şi depresive.

Etiopatogeneza până în prezent nu este complet elucidată. S-au emis diferite ipoteze. In starea depresivă autorii au stabilit existenţa deficitului de serotonină şi noradrenalină. S. Koslov (1983) a studiat noradrenalină, adrenalina, dopamina şi serotonină în lichidul cefalorahidian şi în urină. S-a constatat că la bolnavii în stare maniacală concentraţia noradrenalinei, serotoninei şi dopaminei este cu mult mai mare decât în grupul de control. Totodată s-a văzut că concentraţia serotoninei, noradrenalinei şi dopaminei în urină la bolnavii în faza maniacală este mai înaltă decât la bolnavii cu depresie.

Alţi autori (Germer R., Nilkins S., 1983) au observat la bolnavii cu psihoză maniaco-depresivă mărirea cortizolului în sânge. Totodată în literatură este descris rolul eredităţii în etiopatogenia psihozei maniaco-depresive.

Clinica psihozei maniaco-depresive

Psihoza maniaco-depresivă în evoluţia sa are fazele maniacală şi depresivă. **Faza depresivă** se caracterizează prin trei simptome:

1) ***tristeţe patologică;*** **2)** ***inhibiţie motorie;*** **3)** ***inhibiţie intelectuală.***

Tristeţea patologică se caracterizează ca o stare de «greu la suflet», «totul pierdut în viitor», «stare de parcă am fost bolnav de o boală grea». Bolnavii sunt cuprinşi aproape totalmente de aceste trăiri, nu reacţionează şi nu manifestă emoţii pozitive. Totodată ei subliniază că iniţial apare o stare neobişnuită, dezgust de viaţă, totul în jur se schimbă, apar culori noi, «întunecate», nimic nu-i bucură, dispare optimismul, «este imposibil de a face ceva», scade tonusul vieţii.

Tristeţea se combină cu o anxietate, deseori fiind imposibilă diferenţierea acestor stări.

Inhibiţia motorie este caracteristică la nivelul expresiei faciale. La bolnavi apare o mască dureroasă, faţa încremenită, cu privirea fixă, exprimând durere morală şi sufletească. Mişcările sunt inhibate, lente şi rare. Vorbirea este monotonă,

lentă, până la mutism, este nevoie de repetarea întrebării. Clinic se manifestă o inerţie globală, starea de pasivitate ajungând până la abulie, apatie. Lipsa de interes şi de comunicare cu oamenii sunt manifestări ale tendinţei de izolare.

Inhibiţia intelectuală se caracterizează prin gândire inhibată, vorbire lentă. Bolnavii spun că gândurile «vin în cap foarte rar», de aceea şi răspunsurile la întrebări sunt formulate cu întârziere. Se observă scăderea atenţiei şi a randamentului intelectual, o încetinire a activităţilor psiho-motorii. Totodată la aceşti bolnavi, pe fondul scăderii interesului, iniţiativei şi capacităţii de relaţie faţă de mediu, creşte sentimentul de vinovăţie. Apare deseori un delir de autoacuzare. În astfel de cazuri bolnavii pot să se sinucidă.

Starea somatică

O mare importanţă în prelungirea fazei depresive are starea somatică şi endocrină. La aceşti bolnavi dispare pofta de mâncare, apare astenia, insomnia legată de acuze somatice. Bolnavii deseori se trezesc noaptea acuzând variate simptome somatice: mimică redusă, tristeţe profundă, glasul este scăzut, fără o mobilitate, apar ridurile faciale, privirea devine sfioasă, ochii se adâncesc şi strălucesc. În multe cazuri bolnavul, neavând poftă de mâncare, poate să ajungă la scăderi ponderale importante. Foarte des la bolnavii depresivi apare constipaţia, scaunul lipsind până la o săptămână.

La bolnavii depresivi apar şi simptome dureroase în regiunea coloanei vertebrale toracice, în abdomen; cefaleea. Mai des apar dureri musculare în regiunea gâtului, a articulaţiilor mâinilor şi picioarelor. Limba şi mucoasele sunt uscate. Adeseori la aceşti bolnavi se întâlnesc dureri pre-cordiale (acest simptom este descris ca «o tristeţe cardiacă»). Din dereglările endocrine trebuie subliniate: hipoglicemia, amenoreea la femei, scăderea libidoului la bărbaţi. Se întâlnesc şi dereglări hipofizare. S-a dovedit că funcţia secretorie hipofizară se măreşte brusc dimineaţa şi scade noaptea.

Faza maniacală.

Se caracterizează prin trei simptome:

1) Euforie;

2) Excitaţie motorie;

3) Excitaţie intelectuală.

Starea maniacală debutează brusc fără nici un motiv aparent situaţiei. La bolnavi apare **euforia** (dispoziţie expansivă), ochii strălucesc. Bolnavii au o mare" putere fizică. Anturajul îl văd numai în culori vesele, iar hotărârile le iau fără să gândească. Iau iniţiativa de a schimba ceva la locul de muncă sau în familie, uneori propun idei noi de reforme în societate. Problemele care altă dată erau destul de complicate în momentul de faţă pacientul le rezolvă cu uşurinţă. ***Câteodată starea maniacală se combină cu excitaţia disforică şi agresivitatea.*** Atenţia bolnavilor fiind labilă, poate fi îndreptată în altă direcţie.

Mai rar se întâlneşte euforia cu anxietate. O altfel de combinaţie este posibilă când faza de depresie trece în faza maniacală. De menţionat că mania nevrotică şi mania disforie se întâlnesc mai des la bolnavii cu traume cerebrale, cu caracter epileptoid.

Excitaţia motorie se caracterizează printr-o mişcare permanentă a bolnavilor, zi şi noapte, fără oboseală. Ei dansează, îi ating pe toţi bolnavii din jurul lor, nu le permit să se odihnească, fac diferite exerciţii de gimnastică. Într-un cuvânt, comportamentul se manifestă prin starea de excitaţie psihomotorie, expansivă şi hipermobilă, cu gesticulaţii, teatralism, dar fără productivitate.

Excitaţia intelectuală apare pe fondul creşterii dispoziţiei şi se caracterizează prin hipermnezie (bolnavul îşi aduce aminte cu ce jucării s-a jucat în copilărie şi multe evenimente din viaţa sa); compune versuri, cântece. Memoria este foarte bună. Gândirea la aceşti bolnavi are un ritm accelerat, apare aşa-numita fuga idearum. Câteodată apare, logoreea şi graforeea. Pe acest fond la unii bolnavi apar şi idei delirante cu supraaprecierea propriei persoane. Trebuie subliniat că la bolnavi totdeauna este prezentă insomnia, dar oboseala apare târziu.

De menţionat că debutul psihozei maniaco-depresive de obicei se manifestă printr-o stare depresivă.

Tratamentul psihozei maniaco-depresive.

În faza depresivă sunt administrate antidepresive, în faza maniacală – neuroleptice. Sunt utilizate psihoterapia şi şocul electric. Se recomandă şi tratamentul simptomatic, care depinde de starea bolnavului.

X. SCHIZOFRENIA

Schizofrenia este o boală psihică, cu etiologie nedeterminată, cu o simptomatologie bogată în care predomină fenomenele de disociaţie psihică.

Datele statistice referitoare la frecvenţa schizofreniei sunt diverse, după cum diverse sunt şi părerile despre etiologia acestei boli. Riscul de îmbolnăvire în populaţia generală, după mulţi autori, este de 1%. După observaţiile efectuate de O. V. Kerbikov schizofrenicii reprezintă 1/5 din bolnavii trataţi în dispensarele neuro-psihiatrice, 1/3 dintre cei trataţi în spitalele de psihiatrie pentru acuţi şi 2/3 dintre bolnavii cronici aflaţi în staţionar.

În raport cu vârsta, schizofrenia apare mai des între 20-30 de ani, însă se poate întâlni şi în copilărie sau după 40 ani.

Simptoamele caracteristice pentru schizofrenie au fost descrise din cele mai vechi timpuri. Ele sunt amintite în cărţile medicale hipocratice unde erau grupate ori în manie, ori în melancolie. Mai târziu unele simptoame au fost descrise în lucrările lui Esquirol sub numele de idioţie câştigată. În 1857 psihiatrul francez Morel în tratatul său a descris această boală numind-o demenţă precoce. În 1882 psihiatrul rus V. H. Kandinski a alcătuit o clasificaţie a psihozelor în care este descrisă o boală autonomă, ideofrenia, ale cărei simptome corespund schizofreniei de azi. O descriere mai amplă a sindroamelor delirante cronice o găsim la Magnan. Mai târziu Kraepelin a clasificat psihozele delirante în trei grupe mari: forma paranoidă a demenţei precoce, paranoia şi parafrenia. În anul 1898 Kraepelin a reunit sub denumirea de demenţă precoce catatonia Kahlbaum, hebefrenia Hecker şi demenţa paranoidă Magnan. O dată cu aceasta Kraepelin descrie caracterul unitar al acestei boli, presupunând drept cauză a ei tulburarea metabolismului, iar evoluţia duce inevitabil spre demenţă. Referitor la aceste concepţii ale lui Kraepelin au apărut multe divergenţe. A fost demonstrat că evoluţia acestei boli spre demenţă nu este obligatorie, boala se poate opri la una din etapele ei şi poate surveni nu numai la o vârstă tânără. În anul 1911 psihiatrul elveţian E. Bleuler, studiind psihopatologia demenţei precoce, la concluzia că esenţa tulburărilor

psihice în schizofrenie este scindarea psihicului. El a propus denumirea nouă de schizofrenie. El a propus că schizofrenia nu este o boală unică, ci o grupă de boli reunite printr-un criteriu general comun – scindarea psihicului.

Formele schizofreniei.

Forma simplă. În această formă putem întâlni majoritatea simptomelor de bază ale schizofreniei. Apare la o vârstă destul de tânără, cu un debut lent, insidios, datorită exacerbării unor trăsături schizoide caracteristice personalităţii premorbide, sau unor acuze somatice. Evoluţia tulburărilor la debutul formei simple este dominată de sindroame neurastenice: insomnie, iritabilitate, oboseală fizică şi intelectuală, cefalee, atenţie labilă.

În debutul bolii la unii bolnavi se observă specifice pentru această formă de schizofrenie. Apare interesul faţă de psihologie, filozofie, legile evoluţiei ş.a. are loc o "intoxicaţie filosofică". Cu timpul aceste fenomene dispar şi în prim plan apar dereglări afective destul de grave.

Simptomul principal este *tulburarea afectivă* şi se caracterizează printr-o pierdere treptată a tuturor intereselor faţă de sine, de cei din jur, de valorile şi sensurile existenţei sociale. Dispar voinţa, iniţiativa, tendinţa de a face ceva. Unii bolnavi pierd sentimentul de simpatie şi în general raportul activ faţă de cei apropiaţi, uneori apare chiar o antipatie. Pe parcursul bolii bolnavii devin închişi, formându-şi o lume aparte, autistică, întrerupând complet contactul cu lumea înconjurătoare. Treptat se conturează autismul, pe care la figurat mulţi îl caracterizează drept "zid de piatră" între bolnav şi lumea înconjurătoare. Această indiferenţă se manifestă şi faţă de sine.

La început bolnavii îşi dau seama că se petrece ceva cu ei, unii din ei caută un mod de ieşire din această situaţie, încep să se stimuleze cu alcool, cu droguri sau singuri inventează diferite metode de stimulare, chiar sub formă de intervenţie chirurgicală.

Un simptom important este *tulburarea atenţiei* care se manifestă sub forma unei hiperprosexii voluntare sau involuntare, cu scăderea interesului faţă de

ambianţă până la autism cu rupere de realitate. La aceşti bolnavi chiar de la debut atenţia este scăzută, mobilă, ei nu se pot concentra. La baza tulburărilor atenţiei este lipsa de interes şi voinţă, scăderea tonusului vieţii psihice şi absenţa energiei pentru a contacta cu cei din jur.

Alt simptom se caracterizează prin *dereglările procesului asociativ.* La aceşti bolnavi gândirea are un caracter haotic, nu sunt capabili de a se concentra, de a judeca logic, de a gândi într-o direcţie anumită.

Un simptom important este pierderea simţului realităţii. Bolnavii nu observă ce se petrece în jur, se izolează de lumea reală.

Evoluţia formei simple este lentă, cu o cronizare a procesului endogen. La bolnavi apare un defect de tip astenic care cu timpul se transformă într-o stare apato-abulică, la alţi bolnavi apare un defect pseudo-nevrotic sau pseudo-psihopatic. Uneori evoluţia bolii este mai gravă, la bolnavi apare un sindrom hebefrenic care duce până la o schizofazie.

Forma paranoidă. Schizofrenia paranoidă este considerată drept cea mai tipică formă de schizofrenie şi se caracterizează prin predominanţa fenomenelor delirante care sunt precedate, asociate sau urmate de fenomene halucinatorii.

Debutul acestei forme în majoritatea cazurilor se întâlneşte la vârsta de 25-30 ani, însă nu este exclus şi debutul precoce. În evoluţia formei paranoide deosebim trei etape: paranoidală, paranoidă şi parafrenica. Fiecare etapă are caracteristicele ei de manifestare.

Prima etapă (paranoidală), care mai poate fi numită şi debutul bolii, are o durată de 10-15 ani. În această perioadă pot avea loc diferite tulburări nevrotice, psihopatiforme, afective, de comportament. Sunt frecvente dereglările emotive cu manifestări depresiv - anxioase, care nu au explicaţie firească. Se întâlnesc fenomene de dismorfofobie, bolnavii observă schimbarea culorii pielii, a mimicii, aspectului mersului, a unor părţi ale corpului. Concomitent sunt evocate dereglări psiho-senzoriale de depersonalizare. Tot la etapa psihotică se observă o atitudine "cicălitoare", capricioasă, la baza căreia stau inversiunea şi răcirea emoţională faţă

de cei apropiaţi. Pot fi prezente obsesii, idei fixe însoţite de ritualuri absurde: înconjurul unui obiect anumit, trecerea străzii într-un anumit loc (monotopofobie).

Sunt frecvente preocupările metafizice când bolnavul îşi pune întrebări evident inutile, absurde: de exemplu, intuieşte o semnificaţie în aranjamentul întâmplărilor al obiectelor sau al mijloacelor de transport, în căderea frunzelor de pe copac etc.

Forma paranoidă poate avea şi un debut acut caracterizat prin apariţia unui delir polimorf, în buna parte tranzitoriu, asistat de halucinaţii sau pseudo-halucinaţii, sau un debut hiper-acut şi hiper-toxic cu stări onirice şi amentive, iar uneori exprimat printr-o stare depresivă cu tentative suicidale. Debutul acut se mai poate produce sub formă de stare nevrotică: criza psihogenă, cu simptomatologie ipohondrică dismorfofobică cu fenomene de depersonalizare şi de realizare.

În a doua etapă (paranoidă) apar simptome fundamentale. În prim-plan se produc tulburări ale gândirii, ale procesului asociativ care se manifestă sub formă de delir. Mai des se întâlnesc ideile de persecuţie, relaţie, de influenţă, mai rar de otrăvire, gelozie, caracteristic pentru această formă este sindromul de automatism mintal. Fenomenologia delirantă cuprinde toate variantele de automatisme - asociativ, senzitiv şi chinestezic. Bolnavii au senzaţia unei influenţe din exterior care se manifestă printr-o ifluenţă involuntară de imagini (mentism), apariţia unor gânduri străine, citirea şi cunoaşterea gândurilor bolnavului. Acţiunile şi mişcările bolnavului se efectuează tot sub influenţa unei forţe din exterior.

Un al doilea simptom principal sunt halucinaţiile, mai ales auditive, care au un conţinut ne concret, ca şi ideile delirante. Mai des apar halucinaţiile imperative care îndeamnă bolnavii la diferite acţiuni, uneori la acte agresive. Afară de halucinaţiile adevărate, se întâlnesc şi pseudo halucinaţiile, mai ales în cadrul unui sindrom de automatism mintal.

În etapa a treia (parafrenică), conţinutul delirului are un caracter mistic de misiune religioasă, idei fantastice de grandoare, de filiaţie. Uneori aceste idei delirante apar la începutul bolii, formând un sindrom parafrenic destul de

sistematizat. În aceste cazuri este vorba de varianta parafrenică a schizofreniei paranoide.

În cadrul schizofreniei paranoide se include şi *schizofrenia cu sindrom atipic,* care se întâlneşte mai rar şi se caracterizează prin manifestări ipohondrice, din care cauză deseori este numită *schizofrenie paranoidă ipohondrică.* În această formă se asociază o serie de interpretări cu caracter delirant absurd şi fenomene paratimice faţă de persoanele cele mai apropiate, faţă de medici, asupra cărora se săvârşesc tentative de omucidere.

Dereglările procesului asociativ sunt în strânsă legătură cu modificarea funcţiilor volitive şi afective. Un deosebit accent se pune pe fenomenele autismului şi ambivalenţei.

Din punctul de vedere a pronosticului, deosebim *schizofrenia paranoidă gravis,*care are o evoluţie malignă şi *schizofrenia paranoidă mittis* cu o evoluţie mai uşoară.

Forma hebefrenică. Debutul este semnalat la vârsta de 16-17 ani. Etapa iniţială este de scurtă durată (1,5-2 ani). Bolnavii devin indiferenţi, străini faţă de cei apropiaţi, de părinţi pe care îi duşmănesc. Apare o neglijenţă faţă de sine, îmblă murdari, nu se spală, se culcă îmbrăcaţi. Următoarea etapă a bolii se manifestă printr-o stare psihotică cu simptome vagi, rudimentare, sub forma unui delir de urmărire, de otrăvire. În scurt timp în locul ideilor delirante apare o stare emoţională haotică, o veselie neadecvată, puerilă, parazitată de grimase bizare, manierisme, gesturi ciudate, relaţii impulsive. Toate aceste simptome formează un sindrom de agitaţie hebefrenică.

Forma catatonică. *Sindromul catatonic* de obicei se dezvoltă brusc, uneori progresiv, cu stări de adinamie şi inhibiţie. Boala debutează la o vârstă tânără, până la 20 ani. Tabloul clinic se manifestă sub formă de agitaţie catatonică şi stupoare catatonică.

Stupoarea catatonică se caracterizează printr-o inhibiţie motorie, cu imobilitate completă. Simptoamele principale sunt: negativismul, fenomene de catalepsie sau flexibilitate ceroasă. Apare amimia (lipsa mobilităţii şi a

expresivităţii feţei). Uneori se manifestă fenomene impulsive, când bolnavul brusc se ridică, îi loveşte pe cei din jur şi se culcă din nou.

Excitaţie catatolică. Simptomele principale sunt tulburările psihomotorii şi incoerenţa gândirii. Tulburările psihomotorii se manifestă printr-o serie de mişcări haotice, efectuate fără nici un ţel, însoţite de manierism, stereotipuri, purtări impulsive. Uneori dereglările motorii sunt asociate cu un comportament pueril, cu bizarerii. În aceste cazuri vorbim de un *sindrom catatono-hiberfrenic.*

Gândirea este incoerentă, lipsită de legături, de coeziune logică. Frazele sunt formate corect, din punct de vedere gramatical, însă fără nici un înţeles. Pot apărea ecolalia şi ecopraxia - repetarea cuvintelor şi mişcărilor celor din jur. La fel pot apărea fenomene de negativism. În unele cazuri excitaţia catatonică se manifestă pe un fond hipo-maniacal, cu stări euforice. În aceste cazuri unii psihiatri vorbesc de o formă circulară a schizofreniei.

Forma febrilă (hipertoxică). Este o psihoză subacută, cu o simptomatologie destul de pronunţată asociată cu intense tulburări somatice. Tabloul clinic se manifestă printr-un şir de simptome catatonice. În unele cazuri se manifestă catatonia cu stări oneiroide, în altele o agitaţie catatono-hebefrenică, pe fondul căreia apare o stare confuză cu un sindrom amentiform, cu dezorientare completă în timp şi spaţiu, cu o agitaţie psihomotorie intensă şi dezordonată.

Principalul simptom a bolii este hipertermia. Temperatura iniţială este subfebrilă, iar treptat se ridica până la 40-41C. Hipertermia este asociată cu o tahicardie destul de intensă. Uneori se observă o disociaţie dintre tahicardie şi temperatură. Destul de caracteristic este şi aspectul bolnavului cu faţa hipocratică, limba încărcată cu depuneri, pe corp apar o mulţime de echimoze, tulburări trofice cu bule pline cu lichid care apar în decubit. Starea bolnavului se agravează destul de repede, scade tensiunea arterială, se accelerează pulsul şi respiraţia. Moartea survine în 7-10 zile. Numai un tratament energic în primele zile de boală poate duce la ameliorarea psihozei.

Schizofrenia la copii

Schizofrenia la copii are o evoluţie atipică, cu o simptomatologie polimorfă, fragmentară, frustă, care nu permite, mai ales la o vârstă mică,de a o clasifica într-o formă oarecare. Caracteristicele pentru schizofrenia la copii sunt stările de frică, tulburările psihomotorii şi verbale asociate cu stereotipii, halucinaţii vizuale, o fantezie patologică stereotipă de tip delirant, fenomene de depersonalizare. La adolescenţi sunt caracteristice anorexia, dismorfofobia, intoxicaţia filozofică, fenomenele hebefrenice cu tulburări de comportament.

Forma infantilă proprio-zisă. Are un debut insidios, o evoluţie lentă, progresivă. Apare la vârsta de 3-5 ani. Se întâlneşte în 8-12% din cazuri. Caracteristic pentru această forma este sindromul Kanner, care se manifestă printr-un autism sever, copii sunt timizi, apatici, necomunicativi. Copiii încetează să mai participe la jocurile colective, se izolează, devin indiferenţi faţă de cei din jur. Zile întregi se pot juca cu unul şi acelaşi obiect, învârtindu-l în mâini, sau mişcându-l dintr-un loc în altul. Cu începutul apar dereglări psihomotorii şi de vorbire. Bolnavii devin impulsivi în comportament apar manierismul, stereotipiile, stările de stupoare tranzitorie, mutism, verbigeraţie, ecolalie, ecopraxie, incoerenţă a vorbirii. În perioada şcolară copiii se adaptează greu, au insuficienţe la învăţătură, sunt retraşi, nu contactează cu ceilalţi copii, vorbesc singuri.

Schizofrenia cu evoluţia lentă. Este cea mai frecventă formă (aproape 50%). Are un debut lent, imprevizibil; uneori nu se poate stabili începutul bolii, deoarece alterările comportamentului sau alte fenomene sunt tratate ca particularităţi de caracter. Caracteristice pentru această formă sunt simptomele negative. Apar tulburări de gândire cu susceptibilitate, stări obsesive, anxioase, dereglări psihomotorii cu un caracter stereotipic, uneori fenomene impulsive.

În dinamică are loc o transformare a simptomatologiei bolii. La unii bolnavi se instalează un sindrom nevrotiform sau psihopatiform cu stări obsesive, fantezii autistice, pasiuni patologice. În alte cazuri simptomatologia este mai intensă, cu stări anxioase, cenestopatii, cu idei ipohondrice, un sindrom halucinatoriu paranoid fragmentar, fenomene catatonice cu o incoerenţă a gândirii

Forma progredientă (paranoidă). Se întâlneşte destul de rar, se manifestă prin tulburări delirante şi halucinatorii având un caracter fragmentar şi rudimentar.

La vârsta adolescenţei schizofrenia se întâlneşte mai des, are multe aspecte comune cu schizofrenia la adulţi, poate fi manifestată într-o formă clinică oarecare.

Diagnosticul schizofreniei.

Schizofrenia se caracterizează printr-o mare varietate de simptome. Diagnosticul schizofreniei nu întotdeauna poate uşor stabilit. În aceste cazuri este necesară cunoaşterea amănunţită a apariţiei bolii, a cauzei care stă la baza evoluţiei ei, comportamentul bolnavului până la apariţia bolii.

Pentru diagnosticarea schizofreniei sunt necesare cercetări psihologice şi diferite investigaţii paraclinice.

În general în diagnosticarea schizofreniei trebuie să fie luată ca bază simptomatologica fundamentală - *modificările de personalitate, pierderea intereselor, apatia, tulburările psihomotorii cu un caracter bizar, fenomenele de destrămare a gândirii.*

În perioada de debut a schizofreniei pot apărea fenomene isterice, mai ales în forma catatonică. Fenomenele isterice la schizofrenici sunt mobile, episodice, au un caracter mult mai bizar. La bolnavii de isterie se păstrează afectivitatea, legătura cu lumea reală.

La schizofrenici treptat apare o disociere a gândirii, o dezmembrare a personalităţii.

Excitaţia în schizofrenie are un caracter stereotipic, monoton, este lipsită de un scop aparent. În manie excitaţia evoluează cu o stare afectivă crescută, cu euforie. Afectivitatea din manie este crescută, mai mobilă, iar tulburările psihomotorii nu au un caracter haotic. Melancolia se prezintă ca o deprimare accentuată, cu o mimică care exprimă tristeţe, pe când la schizofrenici mimica exprimă indiferenţă. Delirurile în depresie exprimă durerea sufletească, la schizofrenici au un caracter absurd.

Deseori diferite psihoze exogene (infecţioase, toxice, organice) se manifestă printr-un simptom schizoform, creând dificultăţi de diagnostic. În aceste cazuri sunt necesare date anamnezice, investigaţiile la laborator, modificările somatice.

Tratamentul.

Tratamentul are ca scop:

- întruparea fenomenelor psihotice acute;
- stoparea procesului prin aprofundarea şi extinderea remisiunii;
- evitarea recidivei bolii;
- reintegrarea familiară şi socioprofesională.

Pentru tratarea schizofreniei este nevoie de un tratament complex în funcţie de debutul psihozei, de forma schizofreniei, de sindroamele principale din tabloul clinic, de evoluţia bolii. Tratamentul trebuie să fie strict individualizat, ţinând cont la reacţiile organismului la administrarea unor preparate.

Metodele terapeutice actuale sunt:

1. Terapia biologică (chimioterapia, come insulinice, terapia electro-convulsivă);
2. Psihoterapia;
3. Ergoterapia.

XI. ALCOOLISMUL

Factorii etiologici.

În etiologia alcoolismului, rolul principal îl joacă: ***factorii sociali, psihologici şi fiziologici.***

Factorii ***sociali*** de primă importanţă, sunt starea familiară şi materială, atitudinea societăţii şi a statului faţă de alcool. Părerea existentă până nu demult, conform căruia alcoolul este consumat mai mult de persoanele cu un grad de intelect mai redus de studii, este combătută de realitatea de azi, când alcoolismul este tot mai frecvent realitatea persoanelor care au un cens relativ mare de studii.

Printre alcoolici mai frecvent se întâlnesc oameni divorţaţi, singuratici. În familiile unde unul din soţi este alcoolic , deseori în beţie este atras şi celălalt soţ.

O mare însemnătate are atitudinea statului şi a societăţii faţă de întrebuinţarea alcoolului. Mare este de asemenea şi rolul religiei. De exemplu în ţările musulmane, în Japonia, China se consumă cu mult mai puţin alcool decât în alte ţări.

Ca factori ***psihologici*** sunt indicaţi mai întâi particularităţile psihice, cum ar fi caracterul psihopatic, nervozitatea, stările psihopatiforme. O mare însemnătate are educaţia în şcoală şi familie. Un oarecare rol îl are şi starea de euforie şi relaxare care apare la întrebuinţarea alcoolului, acesta trezeşte interes pentru întrebuinţarea repetată a alcoolului.

Factorii ***fiziologici.*** O mare importanţă în dezvoltarea alcoolismului are vârsta. S-a dovedit că alcoolismul se dezvoltă de trei ori mai repede la adolescenţi decât la maturi, iar la femei cu mult mai repede ca la bărbaţi.

Are importanţă şi starea somatică , starea celulelor scoarţei cerebrale, crizele de vârstă. După vârsta de 40-45 ani semne de alcoolism cronic la consumatorii de alcool apar mai rar decât până la această vârstă.

Formele clinice de alcoolism sunt:

1. ***Beţia alcoolică obişnuită.***
2. ***Criza de beţie patologică.***
3. ***Alcoolismul cronic.***

Beţia alcoolică obişnuită

Evoluează în trei stadii. Primul stadiu de intoxicare alcoolică obişnuită se caracterizează prin euforie. Apare predispoziţia pentru diferite glume, comportamentul libertin, excitaţia psihomotorie de tip hipo-maniacal. Dar totodată apărea şi explozii afective. Mimica este mobilă, ochii strălucesc. Respiraţia şi pulsul sunt mai accelerate. Poate apărea şi tristeţea disforică.

În al doilea stadiu apare o euforie marcată de dereglări neuropsihice majore. Se observă o excitaţie motorie pronunţată, limbajul devine incoerent. Intoxicatul pierde orientarea, deseori echilibrul, încurcă domiciliul, apar iluzii vizuale şi auditive.

Al treilea stadiu se caracterizează printr-o stare paralitică. Reflexele condiţionate sunt inhibate, limbajul neînţeles, coordonarea motorie lipseşte. Apar dereglări de respiraţie , cianoză , hipotermie, transpiraţie vâscoasă. Pulsul este slab, tensiunea arterială scade brusc. În această stare poate surveni moartea.

Criza de beţie patologică

Apare deseori la oamenii cu traume cerebrale, psihopatie, stări de afect după o mică doză de alcool. ***Cauzele*** *crizei de beţie patologică pot fi:* ***oboseala, insomnia, boala somatică, psihogenii***. După introducerea alcoolului în organism, peste o oră sau două se anulează conştiinţa şi apare o stare crepusculară. Pe acest fond apar idei delirante de relaţie, urmărire, halucinaţii auditive. Bolnavii sunt anxioşi, agresivi, pot săvârşi crime. Beţia patologică se termină cu un somn profund, urmat de amnezie totală faţă de episodul trecut. Pot fi descrise următoarele forme de beţie patologică:

- forma epileptoidă - disforie, manie, iluzii auditive, excitaţie psihomotorie;
- forma delirantă - halucinaţii vizuale terifiante de tip agresiv împotriva celor din jur;
- forma paranoidă - delir de urmărire şi halucinaţii auditive imperative;
- forma maniacală - euforie, excitaţie motorică neadecvată;
- forma depresivă - tristeţe, inhibiţie motorie pe un fond disforic;

- forma isteroidă - stare crepusculară isterică cu halucinaţii vizuale şi iluzii terifiante.

Alcoolismul cronic

Apare după consumul îndelungat şi sistematic de alcool cu durata de la un an până la trei. Diagnosticul de alcoolism cronic poate fi stabilit când sunt prezente următoarele criterii:

1. Dependenţa patologică de alcool. Bolnavul după o mică doză de alcool simte dorinţa de a consuma alcool.
2. Toleranta este adaptarea organismului la alcool. La început toleranţa este mică, apoi ea creşte şi omul bea mult şi nu se îmbată. Ulterior, toleranţa scade şi doar o mică doză de alcool va produce dependenţa de alcool.
3. Pierderea autocontrolului faţă de cantitatea de alcool consumat. După o anumită doză, bolnavul nu mai se mai poate opri până la ebrietate accentuată.
4. Pierderea reflexului de vomă. Daca la început după o doză de alcool apar semne de protejare sub formă de greţuri, mai târziu ele dispar. Bolnavul poate mai apoi bea foarte mult fără a i se face greaţă, iar stadiul de alcoolism cronic se agravează.
5. Starea de abstinenţă. Când este lipsit de alcool, bolnavul începe să tremure, apar transpiraţii profunde, tulburări cadrio-vasculare. Nu poate să doarmă, apar visuri terifiante. Starea de abstinenţă, poate dura de la 3 zile la o săptămână. Dacă bolnavul în acest timp consumă alcool, aceste simptoame dispar şi din nou începe îndelungata beţie.

   Sunt descrise trei stadii de alcoolism cronic:

   - stadiul iniţial;
   - stadiul alcoolismului narcotizat;
   - stadiul de demenţă encefalopatică;

Stadiul iniţial. Dependenţa de alcool îmbracă iniţial forma unei obsesii, mai ales când bolnavul are neplăceri familiare, la locul de muncă, sau se schimbă

dispoziţia afectivă.

Starea de abstinenţă lipseşte, dar treptat doza de alcool ingerat se măreşte, fără a fi beat. Totodată se micşorează autocontrolul faţă de alcool consumat. Toleranţa la alcool creşte, apar stări de amnezie după beţie. Bolnavii devin mai nervoşi încăpăţânaţi, declanşează conflicte acasă şi în societate. Starea de mahmureală lipseşte, critica nu se pierde şi în această stare bolnavii sunt curabili, pot să se abţină de la consumul abuziv de alcool.

Stadiul alcoolismului narcotizat. Trecerea de la stadiul iniţial la stadiul alcoolismului narcotizat se caracterizează printr-o simptomatologie care devine mai profundă şi se transformă într-o calitate nouă. Deja apare tendinţa de a se resimţi o plăcere fizică şi psihică. În general se pierde controlul administrării de alcool. Cel mai important criteriu este starea de abstinenţă. După ce bolnavul este lipsit de alcool apare o stare de mahmureală cu cefalee, dureri precordiale, vomă, astenie, transpiraţie rece, tremurături, insomnie, iluzii vizuale. Daca bolnavul consumă o anumită doză de alcool atunci această stare dispare, dar se instalează o puternică sete şi bolnavul bea până cade. A doua zi totul se repetă. Cu timpul se agravează starea lui, nu se poate abţine de la băutură, se schimbă caracterul, starea somatică şi cea neurologică se înrăutăţeşte şi deseori apar psihoze alcoolice.

Stadiul de demenţă encefalopatică. Sindromul abstinent se agravează progresiv, toleranţa scade . Tot comportamentul este îndreptat spre a obţine alcool. Din acest motiv bolnavul poate să-şi dea şi haina de pe sine pentru alcool. Apar amnezii severe şi persistente, iar intelectul decade, scade memoria, gândirea critică, se pierde interesul faţă de muncă, faţă de familie. Pe bolnavi nu îi interesează nimic în afară de alcool. În stare de demenţă la bolnavi sunt frecvente hepatita, ciroza, ulcerul stomacal.

Pe fondul alcoolismului cronic apar diferite psihoze, delirul alcoolic acut, halucinoza afectivă, psihoze delirante, delirul de gelozie, psihoza Korsakov, encefalopatia Gayet - Wernicke.

Psihozele alcoolice.

Delirul alcoolic acut (delirum tremens) .

Constituie 76 -86 % din toate psihozele alcoolice. A fost descris in 1813 de medicul Sutton, iar mai târziu a fost studiat de Carutski şi Vitt.

De obicei delirul alcoolic apare în stare de abstinenţă. Factorii declanşării psihozei sunt de obicei gripa, pneumonia, hepatita, psihogeniile. După servajul alcoolic bolnavii dorm rău, somnul este afectat de coşmaruri, cuprinşi fiind de anxietate se trezesc. Deseori apar iluzii vizuale şi auditive care au un caracter fantastic. La iluzii se alătură halucinaţii vizuale:diverse animale, şoareci, iepuri, căini, pisici, draci, diferite insecte. Bolnavii sunt dezorientaţi în timp şi spaţiu, dar orientaţi la propria persoană. În această stare pot săvârşi crime.

Delirul alcoolic poate să se prelungească de la 5 la 8 zile, după remisia psihozei bolnavii povestesc despre cele trăite. Se mai întâlneşte şi delir alcoolic, care decurge mai grav, iar uneori mortal.

Tratamentul: dezintoxicaţia, neuroleptice, somnifere.

Halucinoza auditivă

Halucinoza auditivă poate fi acută şi cronică. Apare mai des pe fonul de abstinenţă şi se caracterizează clinic prin halucinaţii auditive. Prima data apar glasuri de tip ”strigare pe nume” sau diferite sunete. Apar glasuri de bărbaţi, femei, copii. Vocile pot fi puternice sau abia auzite, deseori apar halucinaţii imperative ca: Tu eşti alcoolic, trebuie să te nimiceşti!” În timp ce unele voci îl numesc alcoolic, altele îl apără: Ai să te lecuieşti! Mai rar pot apărea episodic halucinaţii vizuale. Fondul emoţional este depresiv, bolnavii sunt agitaţi se ascund, sunt extrem de anxioşi, şi pot să comită o crimă atunci când glasurile sunt îndreptate împotriva lor.

Halucinoza acută auditivă evoluează până la trei săptămâni, iar dacă boala depăşeşte o lună de zile atunci caracterul ei devine cronic.

Halucinaţia auditivă cronică

Deseori debutează cu o stare psihotică acută. De la început pot apărea halucinaţii auditive, vizuale, delir de urmărire. Ulterior rămân numai halucinaţii auditive, bolnavii se deprind cu glasurile pe care le aud şi nu le acordă atenţie. Ei îşi exercită în mod normal munca, deşi ani întregi aud glasuri.

Halucinaţia auditivă cronică se tratează foarte greu.

Psihozele delirante alcoolice

Apar la bolnavii pe fondul unei intoxicaţii profunde şi mai des în situaţii psihostresante. Se întâlnesc la bolnavii cu suprasolicitare sau după o traumă cerebrală.

Sindromul principal la unii din bolnavi este delirul de urmărire. Bolnavul are convingerea că este urmărit acasă, la lucru, în transport. Bolnavii sunt anxioşi, suferă de insomnie, permanent sunt agitaţi, se tem să primească medicamente din frica de a nu fi otrăviţi. Psihozele delirante alcoolice durează de la o lună la 2, 3 luni.

La alţi bolnavi se manifestă în formă de **delir de gelozie** care apare mai frecvent la bolnavii cu alcoolism. Poate să înceapă cu o relaţie paranoică sau cu o dezvoltare patologică paranoică. Delirul de gelozie la bolnavii cu alcoolism poate trece prin trei etape: debut, idei dominate, formarea delirului sistematizat.

1. Etapa de debut se caracterizează prin apariţia ideilor de gelozie în stare de beţie . După ce ingerează o doză de alcool , bolnavii sunt emoţional încordaţi, fără a avea vreo dovadă, li se pare că soţia îi înşeală. Ideile de gelozie dispar în stare de trezire şi se păstrează critica asupra lor.
2. În etapa a doua se formează idei dominante de gelozie. Bolnavii devin mai răutăcioşi, tot timpul caută dovezi pentru aşi îndreptăţi ideile de gelozie. Iluziile care apar în timpul beţiei nu dispar ci din potrivă se fixează mai mult. Bolnavul zi şi noapte ascultă fiecare zgomot, fiecare glas, el nu se îmbată tare ca să se convingă că femeia îl înşeală. În această etapă ideile de gelozie sunt concrete, legate de situaţia conflictuală în familie şi deseori se intensifică în starea de beţie. Ulterior conflictele din

familie, abuzul de alcool şi degradarea personalităţii cu pierderea criticii, determină ca ideile de gelozie să se amplifice, tot mai mult creşte interpretarea patologică. În etapa a doua apar şi idei de relaţie, de otrăvire. Totul este supus mono-ideii de geloziei.

3. În etapa treia apare un complex sistematizat de idei de gelozie care nu pot fi corectate de bolnav. Delirul de gelozie la această etapă devine absurd şi se amplifică permanent. În delir în afară de soţie sunt antrenate multe persoane cunoscute şi necunoscute.

Psihoza Korsakov.

Se caracterizează prin amnezie anterogradă, dezorientarea tempo-spaţială, confabulaţie, polinevrită.

Amnezie este în special de fixare. Ea nu este conştientizată de bolnav. Confabulaţia este legată de amintiri ale unor evenimente care nu au avut de fapt loc în realitate. Ea are o amplitudine variabilă, este instabilă şi este însoţită de false recunoaşteri. La aceşti bolnavi apare o exagerare a reflexelor osteotendonoase, dureri la muşchi. Bolnavii se deplasează cu greu, apare paralizia, distrofia. După tratament cu vitamine, remisia se poate produce în 4, 6 luni cu un sindrom neurologic. În cazul unor complicaţii poate să apară demenţa globală.

Encefalopatia Gayet-Wernicke

Este o boală complexă care include dereglări somatice, nevrotice şi psihotice. Se produc destrucţia celulelor cerebrale, poliencefalită hemoragică. La aceşti bolnavi se observă o hipo-avitaminoză diminuată, care apare pe un fond de impregnare etilică cronică.

Debutul constă în anorexie, insomnie, dereglări vegetative.

Tulburările psihice se caracterizează prin hipomnezie, hipotimie, apatie sau printr-un delir musitant-profesional. Apar fotofobia, anizocoria, modificarea reflexelor pupilare, paralizii oculare, mioclonii, dizartie, reflexul patologic Babinski.

Terapia

1. Dezintoxicaţia.
2. Terapia de aversiune. Dezintoxicaţia nu determină dispariţia impulsului de a bea alcool. De aceia după dezintoxicare trebuie aplicat un tratament specific contra adicţiei şi anume: apomorfină. În acest timp i se administrează bolnavului să guste din alcool, dar va apărea voma, astfel treptat se formează un reflex condiţionat repulsiv faţă de alcool.
3. Tratamentul cu teturam. După dezintoţicare bolnavului i se administrează câte 1/2 de pastilă de trei ori pe zi, 4 zile consecutiv. În ziua 5 dimineaţa i se dă iar 1/2 de pastilă după care 20 ml de alcool. Apare o reacţie vegetativă cu palpitaţii, tensiunea scade, apare o frică de moarte. Bolnavului i se spune că dacă în viitor va mai consuma alcool va muri. După reacţia provocată, bolnavul ia câte ¼ pastilă pe zi , o lună de zile , după care semnează că medicul la avertizat asupra consecinţelor consumului de alcool după tratament.
4. Tratamentul cu espirali. Acesta se introduce bolnavului subcutanat, interzicându-se consumul de alcool timp de 3 ani.
5. Psihoterapia şi acupunctura. În ultimii ani se amplifică aplicarea metodei de codificare propusă de Dovjenko.

XII. NARCOMANIA.

Noţiuni generale, clasificarea drogurilor.

Prin ***drog*** (cuvânt de origine olandeză „drog") se înţelege, în sens larg, orice substanţă utilizată în terapeutică, datorită unor proprietăţi curative, dar al cărei efect este, câteodată, incert şi nociv pentru organismul uman. Această definiţie este însă prea vagă şi poate include, în general, toate medicamentele. Definind drogul, trebuie să consemnăm şi sensul clasic al termenului. Potrivit definiţiei date de Organizaţia Mondială a Sănătăţi, *drogul este acea substanţa care, odată absorbită de un organism viu, poate modifica una sau mai multe funcţii ale acestuia.* Din punct de vedere farmacologic, *drogul este substanţa utilizată de medicină, a cărei administrare abuzivă (consum) poate crea o dependenţă fizică şi psihică ori tulburări grave ale activităţii mintale, percepţiei, comportamentului.*

Actualmente există mai multe clasificări ale drogurilor, fiecare din ele prezentând un interes particular. După originea lor, drogurile se clasifica în:

Naturale - adică obţinute direct din plante ori arbuşti: opiul şi opiaceele extrase din latexul macului opiaceu; canabisul şi răşina, produse ce se pot realiza din planta Canabis Sativa; frunzele de coca şi derivaţii lor, alte plante cu proprietăţi halucinogene.

Semisintetice - realizate prin procedee chimice pornind de la o substanţă naturală, extrasă dintr-un produs vegetal: heroina, L.S.D.

Sintetice - elaborate în întregime prin sinteze chimice: hidromorfina, petidina, metadona, mescalina.

Louis Lewin, în lucrarea sa „Fantastica" publicată în 1924, care îşi menţine până în prezent importanţa, dă următoarea clasificare a drogurilor:

Euforice - cuprinzând calmante ale activităţii psihice ce diminuează şi suspendă emotivitatea şi percepţiile, conservă, reduce ori suprimă conştiinţa, acordând consumatorului o stare de bine, eliberându-l de afecte. Cercetătorul german include în această categorie opiul şi derivaţii săi şi cocaina.

Fantastice - cuprinde în general substanţe diferite din punct de vedere chimic, dar care au în comun proprietăţi halucinogene (agenţi de iluzii). Acestea sunt: peyotl, canabis, inclusiv plantele care conţin tropainã.

Inebrantice - substanţele îmbătătoare cum ar fi: alcoolul, cloroformul, eterul, benzina. Deşi Louis Lewin nu-1 menţionează, în această categorie poate fi inclus fără riscul de a greşi şi protoxidul de azot.

Hypnoiice - agenţii inductivi ai somnului: cloratul, veronalul (toate barbituricele), sulfonalul, kawa-kawa, bromura de potasiu.

Excitante - stimulentele psihice, care determină, fără a altera conştiinţa, o excitare a activităţii cerebrale. Din această categorie fac parte cofeinele (cafeaua, ceaiul, cola, matiyage, khatul, guarana), cacao, camforul, tutunul, betelul.

Cea mai curent folosită este însă clasificarea drogurilor adoptată de Organizaţia Naţiunilor Unite şi de către Organizaţia Internaţională a Poliţiei Criminale (Interpol):

1. Produse depresive ale sistemului nervos central (opiul cu derivaţii săi: morfina şi heroina);
2. Produse stimulente ale sistemului nervos central (cocaina, crackul, khatul, amfetaminele);
3. Produse perturbatorii ale sistemului nervos central (canabisul, L.S.D., mescalina, ciupercile halucinogene).

Frecvent utilizată este, de asemenea şi clasificarea simplă a drogurilor în:

- droguri legale (tutunul, alcoolul, ceaiul, cafeaua);
- droguri ilegale (cocaina, heroina, canabisul).

În concluzie se menţionează că după efectele scontate drogurile se împart în:

- droguri care provoacă excitaţie psihică, veselie, sentimente de tensiune psihică şi, uneori, reacţii violente, numite stimulente;
- droguri care provoacă calm psihologic, relaxare psihică sau somnolenţă, numite sedative;
- droguri care modifică percepţia senzaţiile auditive, vizuale şi olfactive,

numite halucinogene;

- droguri care tulbură raţiunea, analiza pe care o facem plecând de la senzaţiile proprii, numite delirogene.

Etiologia narcomaniei.

În literatura de specialitate din ultimele decenii a apărut o varietate mare de lucrări dedicate etiologiei narcomaniei. Concepţia de mai jos cuprinde o triplă dimensiune fiind elucidaţi factorii: ***socio-culturali, patologici şi predispozanţi.***

1. Factori socio-culturali:

- Existenţa la unele culturi a unor ritualuri legate de obiceiurile şi tradiţiile colectivităţii date;
- Mentalitatea microgrupului, la unele asociaţii de tinerii consumul de droguri presupune apartenenţa acestora la o „clasă superioară";
- Instabilitatea profesională cu lipsa de lucru, în cazul disperării duce la narcomanie;
- Integrarea dificilă socio-familială: familii socialmente vulnerabile (alcoolici, narcomani, prostituate, delincvenţi), familii incomplete (monoparentale, divorţ, deces, separare);
- Eşecuri şi nerealizări în viaţa personală, la adolescenţi se manifestă acut eşecurile pe plan sexual: retrăirile legate de impotenţa sexuală, primul eşec în relaţiile sexuale, homosexualitatea;
- Conflictul între generaţii, problema eternă a copiilor şi părinţilor, ce apare în urma adoptării unor stiluri educaţionale neadecvate şi duce la reacţii de emancipare a adolescenţilor manifestate prin tendinţa de a se elibera de sub tutela părinţilor şi profesorilor, de a fi liber;
- Curiozitatea, imitaţia şi pozelitismul - tendinţa tinerilor de a încerca senzaţii tari, de a imita „moda" timpului, precum şi tentaţia „fructului oprit", duce la narcomania în rândul tinerilor;
- Revolta tinerilor împotriva anumitor norme sociale;
- Anumite profesiuni (medici, surori medicale, farmacişti) care deşi cunosc

efectele preparatelor ce provoacă dependenţă deseori devin victima propriei profesii.

2. Factori patologici:

- Factori patologici somatici sunt sindroamele dureroase condiţionate de anumite patologii şi boli terminale aşa cum sunt : artrozele, nevralgiile, cancerul, boli care necesită analgezice puternice;
- Factori patologici psihici sunt: stările nevrotice sau stările depresiv-anxioase ce necesită tratament cu droguri euforizante (dinamizante), psihopatiile de origine organică, schimbarea patologică a caracterului, infecţiile cerebrale, neuro-infecţiile care duc la sporirea riscului, iniţierea bolii şi fixarea dependenţei, inadaptările sociale cu refugiu în reverii, indivizii originali şi marginali (snobi, prostituate, unii artişti şi literaţi care încearcă a-şi procura senzaţii noi şi dornici de a urma moda timpului) ajung la acest „primum movens" al curiozităţii şi al prozelitismului la narcomanie. Adolescenţii pasionaţi de anumite feluri ale artei motivează consumul de drog prin stimularea capacităţii creative.

3. Factori predispozanţi:

- Predispunerea genetică prin naşterea unui copil de la părinţi narcomani;
- Persoane dezadaptate social;
- Personalităţi cu trăsături impulsive de disforie, masochiste;
- Personalităţi cu patologii de caracter şi relaţii sociale;
- Persoane cu patologii ale personalităţii.

În literatura contemporană de specialitate există mai multe teorii şi concepţii cu privire la formarea personalităţii narco-dependente. **I. H. Babaian şi A. M. Sergeev** susţin că în cazul personalităţii narco-dependente indivizii parcurg 5 trepte. Acestea sunt:

1. Experimentatorii - cu această treaptă se începe administrarea drogurilor. Este cea mai numeroasă deoarece din ea fac parte atât indivizii care fiind dornici de senzaţii noi şi în goana de a încerca totul pe lume, încearcă şi drogurile,

dar în urma unor simptoame psiho - somatice manifestate prin: vomă, greţuri, cefalee, vertigii, renunţă la această idee şi nu mai revin la ea; cât şi cei care în urma primei administrări au trăit senzaţii de beatitudine. Anume aceştia din urmă ajung la celelalte trepte a narcomaniei. Experimentatorii asociază drogarea experimentală cu cultura dansului şi încep utilizarea cu scopul de a spori sociabilitatea. Acestea, de obicei, sunt persoanele ne încrezute în sine.

2. Epizodicii - această se referă la indivizii care recurg la consumul drogurilor în anumite condiţii sau cu anumite ocazii. De exemplu, în cercul de prieteni unde se consumă drog pentru a nu apărea în faţa prietenilor, semenilor, colegilor drept „cioara albă". Drogarea episodică este folosită de tineri din curiozitate sau pentru a-şi dovedi independent prin încălcarea de liberate a normelor sociale. În afara acestor condiţii nu fac uz de droguri. De cele mai multe ori aceştia sunt indivizii cu personalitate infantilă şi cu subapreciere. Episodicii concep drogarea ca un lucru normal şi lipsit de risc, atâta timp cât este administrată cu precauţie. Drogurile cele mai frecvent utilizate de ei sunt: cânepa, extasy, amfetaminele, LSD 25, aceste preparate administrându-se în stare pură sau în combinaţie cu alcoolul.

3. Sistematicii - la această treapta se referă persoanele care fac abuz de droguri din mai multe motive: fie după o anumită schemă (zile de naştere, succese personale şi profesionale, o dată în lună), fie la prescripţia medicilor, în anumite circumstanţe stresante (calmante, antidepresive).

4. Permanenţii - această treaptă se formează din primele trei categorii. Consumatorii din această treaptă folosesc o varietate mare de droguri. La această treaptă deja se formează dependenţa psihică fata de droguri. Daca la primele trei trepte consumul se făcea prin intermediul prizelor, inhalărilor sau pe cale digestivă, la această etapă indivizii încep administrarea intra-venos sau intra-muscular. Consumatorii permanenţi fac abuz de droguri haotic, necontrolat şi prezintă pericole sporite pentru sănătate.

5. Narcomanii - aceasta e ultima treaptă când deja este formată personalitatea dependentă de drog atât psihic, cât şi fizic. Se constată schimbarea reactivităţii, creşterea toleranţei şi în ultima instanţă servajul. Această categorie de indivizi se

caracterizează prin consumul zilnic, nediscriminatoriu al drogului, contactele sociale se îngustează şi se conturează în jurul drogului. Indivizii narco-dependenţi prezintă pericole pentru sine şi pentru societate.

Această clasificare reprezintă un filtru la capătul căruia ajung cei mai slabi, neputincioşi şi neinformaţi. Astfel primele patru trepte în mod convenţional sunt numite „comportamentale" şi necesită luarea unor măsuri pedagogice, pe când cei de pe ultima treaptă sunt bolnavi şi necesită atât tratament medical, cât şi reabilitare socială.

Toxicomania.

Definiţia oficială a toxicomaniei, omologată de OMS în 1952, sub egida ONU: **Toxicomania este o stare de intoxicare periodică sau cronică, dăunătoare individului şi societăţii, provocată de consumul repetat al unui drog (natural sau artificial).**

Toxicomaniile apar după întrebuinţarea sistematică a diferitor substanţe chimice, biologice, medicamentoase, vegetale. Cel mai des sunt folosite substanţe chimice care produc vapori psiho-activi (petrol, aerosoli, lichide de epurare, adezivi cu conţinut de toluen şi acetonă) şi care nu au fost niciodată cunoscute sub denumirea de droguri. Sunt banale produse chimice utilizate în gospodării pentru curăţat sau ca produse cosmetice, adezivi, petroliere. Ca atare, sunt comercializate fără restricţie. Sunt folosite ca droguri în colectivităţile umane de tineri, copii dar şi adulţi („aurolacii"). Dependenta de tip solvent este creată de substanţe chimice volatile la temperatura ambiantă şi ai căror vapori produc efecte analoge alcoolului şi anestezicelor. Aceste substanţe volatile sunt o „anticameră" a drogurilor veritabile. Vaporii solventţilor inhalaţi trec prin plămâni şi ajung cu rapiditate în creier, încetinind ritmul respirator. Inhalările repetate pot duce la pierderea simţului de orientare, a controlului sau chiar a cunoştinţei. Efectele vaporilor de solventţi se manifestă imediat, dacă se renunţă la inhalare, pot să dispară între câteva minute şi jumătate de oră; subiecţii însă vor resimţi dureri de cap timp îndelungat, nu se pot concentra, sunt apatici, obosiţi.

Un consum îndelungat poate leza moderat funcţiile cerebrale, în principal

controlul asupra mişcărilor. La doze mici, individul se simte uşor stimulat, iar la o cantitate mai mare este inhibat şi mai puţin stăpân pe el. La doze foarte mari se poate ajunge la pierderea cunoştinţei ori chiar la deces, prin stop cardiac.

Dependenţa psihică nu constituie însă o problemă notabilă. Riscurile se multiplică atunci când, ca şi în cazul drogurilor veritabile, drogurile inhalate se asociază cu tranchilizante, somnifere, alcool.Toleranţa apare la 6-12 luni de administrare continuă, simptomele fizice sunt rare.

Sunt cazuri de toxiomanie cu cofeină. În cazul teismului, după ingerarea unei doze mari de ceai apare o stare de euforie cu excitaţie motorie, gîndirea este accelerată, dispare astenia, totul este văzut în culori plăcute. Sindromul de abstinenţă nu apare dar în consumul cronic se schimbă caracterul. Bolnavii devin capricioşi, nervoşi, apar stări de tristeţe, emotivitate labilă, scade capacitatea de muncă şi interesul social.

La intoxicarea cu ciclodol conştiinţa lipseşte şi apar halucinaţii vizuale fantastice care au un conţinut plăcut. În acelaşi timp apare o senzaţie de zbor.

Abstinenţa se formează repede, evoluează sever şi se manifestă prin tremurul mâinilor, muşchilor şi al întregului corp. Bolnavii sunt excitaţi, apar halucinaţii vizuale şi auditive, frica cu o stare euforică.

Cea mai răspândită toxicomanie este fumatul . La început fumatul de ţigară duce la o senzaţie neplăcută în gură şi stomac. Deseori după fumat apar greţuri, cefalee, vertije, dar dacă omul continuă să fumeze, în curând se formează sindromul nicotinomanic, care are trei stadii:

- primul stadiu se caracterizează prin stare obsesivă, patologică cu pierderea controlului asupra fumatului. Sindromul abstinenţei lipseşte dar creşte toleranţa. Omul simte nevoia să fumeze cât mai mult, şi el simte că fumatul îl tonifică. Primul stadiu se prelungeşte până la 3-5 ani.
- În stadiul al doilea obsesia patologică continuă să se manifeste prin plăcere şi confort. Totodată fumătorul demonstrează celor din anturajul său frumuseţea sa ca fumător. Abstinenţa lipseşte dar toleranţa creşte. Apar simptoame somatice: bronşită, gastrită, dureri cardiace, tulburări ale pulsului şi tensiunii

arteriale. Totodată creşte şi nervozitatea, se amplifică senzaţii neplăcute în regiunea craniului

- Stadiul al treilea se prelungeşte 5-10 ani. Obsesia patologică dispare, confortul şi plăcerea lipsesc, toleranţa se micşorează, apare abstinenţa, mai ales dimineaţa manifestându-se prin tuse, cefalee, tristeţe, nervozitate. Apare un sindrom neurastenic cu dereglări emoţionale de tip disforic, depresii. Scade memoria. Fumătorii dorm rău, acută astenie fizică. Deseori la ei apare cancerul pulmonar, al buzei, stomacal, al ficatului.

După H. Feldman, sindromul toxicomanic are etapele următoare:

1.Euforia iniţială, stare tranzitorie. Ea este caracteristică numai anumitor stupefiante (mai ales opiului şi morfinei). Este un fel de anestezie care-i dă toxicomanului senzaţia de plutire într-o lume imponderabilă, cu vage momente de ,,fericire vegetală". În această stare de supraexcitare, sub forma de vise stranii şi deseori erotice, omul îşi pierde controlul şi eşuează.

2.Toleranţa care se instalează lent, are un caracter temporar, pentru că poate să dispară dacă obiectul renunţă la drogul care a provocat-o. Fenomenul de toleranţă se explică prin reacţia organismului faţă de efectele aceleiaşi doze de substanţă administrate în mod repetat. Încetul cu încetul organismul reacţionează mai slab, pe măsură ce are loc o adaptare funcţională. Este momentul în care ficatul neutralizează şi metabolizează drogul.

3.Dependenţa. Majoritatea cercetătorilor au ajuns la concluzia că este un fenomen fizic şi psihic totodată, ce se manifestă prin simptomele clasice de abstinenţă sau de ,,înţărcare", pe care toxicomanul le suportă foarte greu şi cu riscul unor crize organice sau funcţionale severe. Formele severe de manifestare diferă de la individ la individ.

4.Abstinenţa se produce la 12-48 de ore de la încetarea administrării drogului. Toxicomanul nu poate suporta această stare, care-i provoacă tulburări nervoase, tahicardie, spasme viscerale şi musculare, vărsături, salivaţie abundentă, diaree, hipersecreţii glandulare. Asemenea manifestări sunt însoţite de simptome psihice, insomnii, anxietate, agitaţie psihomotorie, crize de isterie.

BIBLIOGRAFIE

1. Abraham, G. Psychodynamique essentielle normale et pathologique. Doin, Paris 1964;
2. Ajuriaguerra, J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson, Paris, 1974;
3. Allport G.W. structura si dezvoltarea personalitatii, E.D.P., bucuresti, 1981;
4. Baecgler J.les suicies. Calmann-Levy, paris, 1975;
5. Baruk H. Traite de psychiatrie, Vol.I-II, Masson, Paris, 1959;
6. Cauguihlem G. Le normal et le pathologique. PUF, Paris, 1966;
7. Dagonet H. Traite des maladies mentales. J.B.Bailliere, Paris, 1878;
8. Descartes R. Pasiunile sufletului, Ed.Stiintifica, Bucuresti, 1984;54
9. Enachescu C. Analyse psychopatologique des reves et des etats oniro-hallucinatoires dans la peintur des malades mentaux, in "Ann. Medd.Psychol, 1,2, 1970;
10. Enachescu C. Consideratii asupra aspectelor "psihopestetice" ale artei psihopatologice, in "Neurologia", 18, 4, 1973;
11. Enachescu C. Igiena mintala si recuperarea bolnavilor psihici. Ed. Medicala, bucuresti, 1979;
12. Enachescu C. Le roman schizophenicque, in "Ann. Med. –Psychol", 1,2 1968;
13. Enachescu C. Neouropsihologie, Ed. Victor, Bucuresti, 1996;
14. Enachescu C. Nevrise et art psychopatologique, in Ann. Med . –Psychol., 2,5, 1970;
15. Enachescu C. Psihologia activitatii patoplstice. Ed.Stiintifica, Bucuresti, 1977;
16. Enachescu C. Psihosexologia. Ed. Universal-Dalsi, Bucuresti, 1999;
17. Enachescu C. Tratat de igiena mintala, Editura Polirom, Bucuresti, 1996;
18. Enachescu C. Tratat de psihopatologie, Editura Polirom, Bucuresti, 2007;
19. Enachescu C. Unele aspecte psihopatologice in literatura si in arta plastica, in "Neurologia", 17, 2, 1972;
20. Lauteri-Laura G. Lecture des perversions. Masson, Paris, 1979;

21. Lester D.Why people kill themselves. Ch. Thomas, Springfield, 1972;
22. Levi-Strauss J. Antropologia structurala. Ed. Politica, bucuresti, 1978;
23. Minkowski E. Traite de psychopatologie, PUF, Paris, 1966;
24. Obregia A. Curs de psihiatrie. Facultatea de Medicina, Bucuresti, 1911-1912;
25. Prevost Ch. M., La psychologie clinique. PUF, Paris, 1988;
26. Quercy P.L'hallucination. VolI-II, Alcan, Paris, 1930;
27. Ribot T. Les maladies de la memoire. Alcan, Paris, 1924;
28. Ribot T. Les maladies de la personnalite. Alcan, Paris, 1924;
29. Schneider K. Psychopatologie clinique , ed. Nauwelaerts, Paris, 1957;
30. Tallenbach h. Melancholie. Springer,Bberlin, 1983;
31. Winner P. Structure et processus dans le psychose. PUF, Paris, 1983.