

SINDROAME PSIHOPATOLOGICE

Sindroamele psihopatologice sînt complexe de simptome psihice frecvent observate împreună, care apar unite între ele prin legături interioare și au un substrat fiziopatologic comun.

ISTORIC

La începutul secolului al XIX-lea, primul reprezentant al tendinței clinico-nozologice, Pinel (1802), folosea o clasificare a bolilor psihice simplă, bazată pe delimitarea unor complexe simptomatologice. Formele de manifestare a bolilor psihice descrise de Esquirol (lipemania, monomania, mania, demența și idiotia) sînt de asemenea de înscris printre primele încercări de conturare a sindroamelor psihopatologice.

În a doua jumătate a secolului trecut, Griessinger folosește pentru prima oară termenul de complex sau grup de simptome, iar Kahlbaum formulează principiile nozologiei, subliniind importanța evoluției și făcînd distincția fundamentală dintre tablourile clinice (de fapt sindroamele psihopatologice) și procesul patologic pe care îl exprimă. Continuînd această direcție de gîndire, Kraepelin precizează mai clar conceptul de boală psihică ca entitate nozologică, avînd ca determinante tabloul clinic, etiologia, dezvoltarea și evoluția, modul de terminare („starea finală”) și tabloul anatomopatologic.

Hoche (1912), criticînd unele aspecte rigide ale concepției kraepeliene, propune ca în mod temporar să se renunțe la delimitarea de entități nozologice și să se cerceteze sindroamele care există în diferitele psihoze. El consideră sindroamele ca entități de ordinul al doilea sau mijlociu, dependente de particularitățile cerebrale individuale.

În aceeași perioadă, Bonhoeffer formulează principiul după care creierul nu are la dispoziție față de orice noxă decît un număr redus de răspunsuri nespecifice (am putea spune sindroame psihopatologice), care *constituie tipul exogen de reacție*. Aceste dezbateri în jurul sindroamelor și nespecificității lor au influențat concepțiile lui Kraepelin, care a renunțat parțial la ideile sale inițiale asupra specificității etiologice absolute. Într-o lucrare asupra formelor de apariție a psihozelor (1920) el compară sindroamele cu registrele unei orgi, arătînd că cele mai variate cauze pot duce la același tablou psihopatologic sau, într-o exprimare figurată, „scot același registru“.

PSIHOPATOLOGIE, DINAMICĂ, SPECIFICITATE

Jaspers observă că atunci cînd se compară un tablou clinic cu tipurile de sindroame descrise în psihopatologie, se pot constata deosebiri în gradul de *completitudine* cu care este realizat un sindrom. Gradarea poate privi în primul rînd extinderea, în sensul că întîlnim mai multe sau mai puține dintre simptomele sindromului respectiv. Pot exista grade diferite și în intensitatea cu care se manifestă sindromologic procesul patologic respectiv ca, de exemplu, în gradația hipomanie-manie-manie confuzivă. Analiza unui tablou clinic mai poate arăta și că el permite să recunoaștem simptomele mai multor sindroame. Complexele simptomatice pure sau clasice rămîn așadar cu o valoare tipologică, în cea mai mare parte din cazuri întîlnindu-se tablouri psihice mixte sau combinații de sindroame.

Numeroși autori s-au preocupat de dezvoltarea și succesiunea sindroamelor într-un anumit cadru nozologic, ceea ce s-a numit dinamica sindromologică. Conrad citează ca exemplu de trecere a unui sindrom în altul, prin apariția progresivă a simptomelor acestuia din urmă, modul în care un delir prin creșterea incoerenței confuzionale trece într-un tablou amenzial care, printr-o clarificare lentă a conștiinței, poate face loc unei halucinoze. Această succesiune și trecere fluentă dintr-un sindrom în altul ne permite să recunoaștem o anumită legitate a procesului, care stă la baza tulburărilor psihice. Ca și mulți alți psihiatri, Conrad consideră că esența unei psihoze este dobîndită, atunci cînd se sesizează tranziția și succesiunea sindroamelor, începutul, dezvoltarea și terminarea lor, deoarece o simplă secțiune transversală reduce diagnosticul la fixarea unui aspect pur static.

Nespecificitatea sindroamelor este astăzi privită mai puțin absolut decît în primele decenii ale secolului. Jaspers observă că sindroamele nu au o universalitate nelimitată, ele indicînd un domeniu de boli mai mult sau mai puțin întins, cărora le aparțin predominant sau exclusiv. Pe de altă parte, în anumite grupe de boli ele prezintă modificări particulare, de exemplu în sindromul amnestic senil și cel alcoolic, confabulațiile sînt frecvente, pe cînd în cel traumatic ele lipsesc aproape complet. Adăugînd la aceste argumente clinice și observațiile mai recente oferite de psihozele experimentale, conceptul unei totale nespecificități a sindroamelor nu mai poate fi acceptat. Ele prezintă deosebiri de

extindere și intensitate care reflectă natura noxei, modul în care a acționat (brusc sau progresiv, unic sau cumulativ), aspecte electivă sau localizator-cerebrale ale acestei acțiuni, precum și particularitățile terenului.

GENEZA SINDROAMELOR PSIHOPATOLOGICE

Deoarece unele sindroame sînt tratate și în alte capitole ale manualului, expunem aici numai cîteva date asupra sindroamelor produse de un substrat somatic demonstrabil. K. Schneider vorbește în aceste cazuri de simptome obligatorii, care sînt prezente întotdeauna, și „facultative“, care apar numai în anumite împrejurări. Acestea din urmă pot fi localizator-facultative, apărînd prin leziunea unei anumite regiuni a creierului și individual-facultative, datorite predispoziției bolnavului.

În bolile acute, K. Schneider descrie două forme de tulburări psihice : o „ascuțire“ a trăsăturilor personalității și tulburarea de conștiință pînă la pierderea acesteia și, o a doua formă, tulburarea de conștiință, care este complexul simptomatic obligatoriu al grupei acute.

În bolile cronice, pe primul plan apar mai ales „ascuțirile“ ca, de exemplu, exagerarea unor trăsături ale personalității în perioada de debut a arteriosclerozei cerebrale sau senilității. Complexe de simptome obligatorii la un grad suficient de gravitate a leziunii sînt degradarea personalității (scăderea tactului, politeții, a oscilațiilor fine ale vieții psihice) sau demența.

Această sistematizare prea rigidă a sindroamelor după evoluția bolii și caracterul obligatoriu al tulburărilor de conștiință, respectiv al celor de personalitate sau intelect, a fost corectată de Wieck prin introducerea noțiunii de „sindroame de tranziție“, reversibile și denumite astfel deoarece apar în perioada de trecere de la tulburările acute la cele cronice. În unele evoluții se poate constata că după tulburările inițiale de conștiință, apar sindroamele de tranziție pe fond de conștiință clară, după care urmează cele care au ca simptom central modificările personalității sau intelectului. Între sindroamele de tranziție se înscriu forme variate : paranoide, schizofrenie, confabulozice, afective, amnestice (tip Korsakov).

CLINICA SINDROAMELOR PSIHOPATOLOGICE

SINDROAMELE NEVROTIFORME

Sindromul neurastenic are o simptomatologie bogată, care se concentrează în jurul asteniei, a fatigabilității. Astenia fizică și psihică se manifestă ca o stare permanentă de oboseală chiar în absența oricărui efort sau apărînd imediat după începutul unei munci fizice sau intelectuale. Simptome corelate asteniei sînt acuzele de scădere a atenției voluntare, incapacitate de fixare și evocare, dificultatea de a sesiza relații mai complicate.

Iritabilitatea, a doua latură a sindromului neurastenic (denumit de aceea de unele școli psihiatrice „slăbiciune iritabilă“), constă în ușurința cu care se produc și se manifestă afectele, în imposibilitatea stăpînirii de către astenic a expresiilor lor mimice și comportamentale. Bolnavii sînt susceptibili și irascibili, au reacții de mînie la cele mai neînsemnate contrarietăți sau conflicte, tendința de a izbucni în plîns etc. Este tipică hiperestezia, care face de netolerat o serie de stimuli (zgomot, lumină) indiferenți pentru cei sănătoși.

Cefaleea are caracterul tipic de durere în „cască“, resimțită ca o apăsare la suprafața scalpului sau în regiunea cervicală. Uneori apar și ceneștopatii cu alte localizări.

Tulburările somnului sînt exprimate prin superficializarea acestuia sau prin insomnie caracterizată prin dificultatea de a adormi, trezirea tardivă și lipsa efectului reparator al somnului.

Sindromul neurastenic are cel mai înalt grad de nespecificitate, el putînd fi generat de o gamă extrem de variată de cauze, ceea ce-l face să fie complexul simptomatic psihopatologic cel mai frecvent. Tablourile clinice dominate de complexul simptomatologic neurastenic pot prezenta adesea și fenomene de tip fobic-obsesiv, hipocondric, depresiv. Dintre multiplele modalități etiologice ale sindromului neurastenic, amintim neurastenia ca formă de nevroză, sindroamele neurastenice din intoxicații și infecții (în perioada de debut sau de convalescență), din bolile somatice (cardio-vasculare, digestive, în anemii etc.); din bolile endocrine (hipertiroidism, hiposuprarenalism, hipogonadism), sau din boli cerebrale organice (traumatisme, arterioscleroză, tumori, demența paralizantă etc.). În aceste ultime afecțiuni, tulburările nevrotice constituie stadiul inițial pseudo-neurastenic al psihozelor organice cerebrale. Se cunoaște de asemenea debutul neurasteniform din schizofrenie (perioada inițială nevrotiformă) sau din perioadele de remisiune.

Sindromul obsesivo-fobic constituit din fobii, obsesii și compulsii nu necesită o descriere a componentelor sale, aceasta fiind făcută în capitolul asupra semiologiei. El apare în forme variate, uneori predominant fobic sau obsesivo-compulsiv.

Acest complex simptomatic poate apărea ca tablou clinic al nevrozei obsesivo-fobice, ca decompensare de tip nevrotic la psihopatii psihastenici și în perioada inițială a schizofreniei cu debut pseudo-nevrotic.

Fenomenele fobice și obsesive constituie de asemenea elemente importante ale tabloului clinic depresiv din psihoza maniaco-depresivă și ale melancoliei de involuție, putînd apărea ca manifestări episodice în encefalita epidemică, epilepsie, intoxicații acute. Sub formă predominant fobică (agorafobie, tanatofobie) sindromul poate apărea și în stadiul inițial al hipertensiunii arteriale.

Sindromul isteric este un complex de simptome în domeniul motricității, senzorialității, vorbirii, funcțiilor vegetativo-viscerale și psihicului, simptome care au drept caractere comune originea emoțională (sau psihogenă), atipia (în raport cu sindroamele organice), teatralismul și demonstrativitatea, reversibilitatea totală și rapidă, influențabilitatea prin atitudinea mediului sau mijloace sugestive.

Simptomatologia isterică este de cea mai mare varietate posibilă, ea cuprinzând între altele crizele excito-motorii, paraliziiile, tulburările de fonatie, anesteziile, tulburările neurovegetative. Sînt, de asemenea, observate și o serie de tulburări psihice ca amnezii, fugi, stări crepusculare precum și *sindromul Ganser*. Acesta este, de fapt, și el o formă de stare crepusculară isterică al cărui simptom principal este „răspunsul alături” și care reprezintă de obicei o exagerare (de exemplu : $1 + 1 = 3$, masa are 5 picioare). Bolnavul pare a nu mai avea nici o cunoștință din viața de toate zilele și execută pe dos cele mai simple acte. *Pseudo-demența* (Wernicke, Stertz) se aseamănă cu sindromul precedent avînd aparența unui deficit intelectual și mnezic, cu răspunsuri și acțiuni „alături”.

Sindromul isteric poate apărea : ca tabloul simptomatologic al neurozei isterice ; după traume psihice minime la psihopați isterici ; în schizofrenie, mai ales în perioada de debut ; în epilepsie, pe fondul tulburărilor de personalitate interaccesuale (istero-epilepsie) ; în tetanie ; în sechelele encefalitei epidemice.

Această listă nu este firește exhaustivă, deoarece orice boală nervoasă (inclusiv tumorile cerebrale) sau viscerală, generală sau locală (mai ales în cazul unor personalități predispuse) poate asocia tabloului clinic de bază și simptome isterice.

SINDROAMELE PSIHOPATICE

Simptomele care constituie aceste sindroame nu aparțin grupei celor proprii psihozelor, ele cuprinzînd dizarmonia, dezechilibrul și instabilitatea personalității. Ca trăsături anormale de personalitate, ele se manifestă în activitatea individului, în relațiile sale cu mediul și cu el însuși.

Sindroamele psihopatice au o simptomatologie extrem de variată ca : dispoziții afective anormale, modificări ale emoțiilor, nesiguranță de sine, tulburări ale pulsionilor, suspiciozitate și rigiditate ș.a. Aceste simptome permit grupări în diferite tipuri de psihopatie.

Sindroamele psihopatice datorite unui fond organic decelabil constituie *stările psihopatoide* sau *pseudopsihopatiile*, care sînt urmarea traumatismelor cranio-cerebrale, encefalitelor, toxicomaniilor etc. Modificări psihopatice de personalitate pot fi întîlnite și în perioada de debut a schizofreniei sau a unor psihoze organice cerebrale.

SINDROAMELE AFECTIVE

Între complexele de simptome ale modificărilor de afectivitate mai importante sînt cele dominate de extremele anormale ale dispoziției, *mania* și *depresia*.

Sindromul maniacal fiind descris pe larg la capitolul asupra psihozei maniaco-depresive, vom aminti aici doar triada simptomatică clasică constituită din euforie, accelerarea ideației și creșterea activității.

În raport cu etiologia, terenul, perioada de evoluție a bolii, sindromul maniacal poate îmbrăca mai multe forme :

1. *Hipomania* ca sindrom maniacal atenuat.
2. *Excitația maniacală simplă*.
3. *Mania coleroasă*, în care predomină irascibilitatea și tendința la reacții de mînie.

4. *Mania confuzivă* sau *incoerentă*, care se înrudește cu amentia prin caracterele de dezagregare profundă și incoerență, pe care le capătă gîndirea și activitatea. Este mai des simptomatică sau apare prin supraadăugarea unui element exogen la etiologia dominant „endogenă“.

5. *Mania supraacută* sau *furia maniacală* însoțită de obnubilare a conștiinței mai accentuată pe fondul căreia pot apărea trăiri oneiroide. La agitația motorie extremă din această formă se pot asocia refuzul de alimentație, deshidratarea, hipertermia, care, după autorii francezi (Guiraud, Ey) conduc la constituirea sindromului delirului acut.

Posibilitățile etiologice ale sindroamelor maniacale sînt : faza maniacală a psihozei maniaco-depresive ; bolile cerebrale ca sifilisul meningo-vascular, paralizia generală, tumori ale zonelor cerebrale (diencefal, mezencefal) și traumatismele cranio-cerebrale. Aceste sindroame se întîlnesc și în cadrul tulburărilor psihice legate de maternitate, în sindroamele endocrine (hipertiroidism, hiperfoliculinism), în bolile somatice (anemie pernicioasă, reumatism, porfirie etc.), în cursul tratamentelor cu unele medicamente ca ACTH, cortizon, foliculină, acridină, hidrazidă, cicloserină.

Sindromul depresiv are ca simptome cardinale dispoziția depresivă, încetinirea proceselor de gîndire și inhibiția activității.

Se pot deosebi următoarele forme ale sindromului depresiv :

1. *Depresia simplă*, în care simptomul cel mai evident este inhibiția activității.

2. *Depresia stuporoasă*, în care această inhibiție atinge intensitatea maximă.

3. *Depresia anxioasă*.

4. *Depresia delirantă* cuprinde delirul melancolic tipic (păcătuire, sărăcire, hipocondrie), care poate lua o formă specială în *sindromul lui Cotard*. Acesta este constituit din idei de negație (a existenței și funcției propriilor organe, a existenței rudelor, celorlalți oameni și chiar a lumii), de imortalitate și enormitate.

Gruparea etiologică a depresiilor ordonate după importanța scăzîndă a factorului somatogen și cea în creștere a celui psihogen este următoarea (Kielholz) :

1. *Depresii organice* : senile, pe fond de arterioscleroză cerebrală, posttraumatice, în epilepsie.

2. *Depresii simptomatice* postinfecțioase, în boli cronice circulatorii, pulmonare, în tulburări endocrine ca premenstru, sarcină, climacteriu, hipertireoze, diabet, boala lui Cushing sau Addison, în tratamentele cu reserpină, steroizi, în faza de carență la toxicomani, în schizofrenie sau catatonie.

3. *Depresii de involuție.*

4. *Depresii endogene* care fac parte din sfera psihozei maniaco-depresive.

5. *Depresiile psihogene* : a) *Depresiile de epuizare și nevrotice*, care ar sintetiza alte încercări de delimitare făcute anterior (depresia vegetativă Lemke, depresia endoreactivă Weitbrecht) ; b) *Depresiile psiho-reactive.*

SINDROMUL CATATONIC

Sindromul catatonic este un complex de simptome în care predomină tulburările activității motorii și se prezintă fie sub forma de *akinezie* sau *stupoare catatonică*, fie de hiperkinezie sau *agitație catatonică*. Elementele principale ale acestor sindroame sînt negativismul, stereotipiile, catalepsia, fenomenele de imitație patologică etc. Starea conștiinței în cursul sindromului este fie nealterată, fie tulburată, adesea prin asocierea unei stări oneiroide (v. Semiologia — activitatea motorie).

Acest sindrom poate fi întîlnit în primul rînd în schizofrenie, în diferitele etape ale evoluției sale sau constituind cu predominanță tabloul clinic în forma catatonică. Tot în grupa schizofreniilor este inclusă și *catatonia periodică*.

Catatonia mortală (Stauder), denumită mai recent prin modificările prognosticului datorită progreselor terapeutice, *catatonie pernicioasă* (Weitbrecht) sau *catatonia cu pericolozitate vitală* (Pauleikhoff), are o evoluție stadială caracterizată prin :

1. Debut brusc cu delir, halucinații, tulburări vegetative.
2. Raptusuri, agitație motorie continuă, tendință la autodistrugere, negativism alimentar, deshidratare, febră, cianoză.
3. Stadiul terminal cu stupoare, tulburări de conștiință și eventual sfîrșit letal.

Situația nozologică a catatoniei pernicioase nu este clară, ea fiind inclusă de unii în psihozele de motilitate descrise de Kleist, după alții ar aparține schizofreniei catatonice sau, ceea ce ni se pare mai probabil, ar avea o bază exogenă.

Catatonia tardivă, descrisă de Kraepelin, are numeroase forme clinice cu fenomene catatonice (stereotipii, incoerență, negativism, și stupoare), dispoziție depresivă sau expansivă și prognostic defavorabil. Aparține, după unii, demențelor presenile, după alții, schizofreniei.

Sindromul catatonic mai poate apărea în : boli infecțioase acute (febră tifoidă, colibaciloză, gripă, septicemie) și cronice (tuberculoză) ; encefalite (epidemice ș.a.) ; sifilis nervos meningo-vascular și demența paralytică ; tumori și traumatisme cerebrale.

SINDROAME HALUCINATORII ȘI DELIRANTE

Sindromul Charles Bonnet (G. de Morsier, 1936) constă în apariția de halucinații vizuale (micropsice, macropsice, normopsice, metamorfopsice, kinetoscopice) la bătrîni fără deficiență mentală. Nu se poate sta-

bili o corelație obligatorie cu existența unor leziuni oculare. După G. de Morsier (1967), nici halucinațiile oftalmopaților și nici cele prin depri-vare senzorială nu fac parte din sindromul Charles Bonnet.

*Halucinoza*¹ se caracterizează prin halucinații auditive (acoasme, voci proferînd amenințări și injurii la adresa bolnavului sau dialogînd asupra unor intenții agresive asupra sa și vorbind despre el la persoana a III-a) însoțite de un delir de persecuție sau de mărire, care pare să fie consecința sau explicația tulburărilor de percepție. Apare tipic în alcoolismul cronic (halucinoza alcoolică Wernicke) și în sifilisul nervos (halucinoza Plaut).

Sindromul paranoic este constituit de un delir sistematizat (de persecuție, gelozie, invenție etc.) bazat pe mecanisme interpretative și în care halucinațiile lipsesc. Gîndirea și comportamentul sînt coerente și ordonate. Este caracteristic în primul rînd pentru paranoia, dar poate apărea și ca psihoză reactivă reversibilă.

Sindromul paranoid este caracterizat printr-un delir nesistematizat, mai frecvent persecutor, însoțit de halucinații. Se întîlnește în schizofrenia paranoidă, precum și într-o serie extrem de variată de etiologii între care epilepsia, arterioscleroza cerebrală, senilitatea, intoxicațiile cronice cu amfetamine, anemia pernicioasă. Pentru numeroase dintre aceste psihoze se folosesc termenii de *pseudoschizofrenii* sau *psihoze schizoforme*.

Sindromul parafrenic este un sindrom delirant-halucinator sistema-tizat, în care afectivitatea și personalitatea sînt conservate chiar după o perioadă îndelungată de evoluție (forma sistematică). Delirul parafrenic poate apărea ca entitate nozologică (v. Delirurile sistematizate), ca formă a psihozelor vîrstei înaintate, însă, în alte concepții, în ambele cazuri este vorba de schizofrenii.

Sindromul de automatism mental. Reluînd și sintetizînd noțiunile semiologice mai vechi de *halucinație psihică* (Baillarger), *pseudohaluci-nație* (Kandinski), *halucinație psihomotorie* (Seglas), Clérambault a de-scriș sindromul de automatism mental, în care elementul primordial este o „sciziune a eu-lui“, faptul că gîndirea devine străină sau că eu-l nu mai atribuie o serie de trăiri proprii sale individualității. Există un triplu automatism : mental, sensibil și motor. Între fenomenele idea-torii sînt incluse : gînduri stranii, devansarea gîndirii, ecoul gîndirii și lecturii, denunțarea gesturilor, jocurile silabice, absurdități și non-sen-suri, oprirea sau dispariția gîndirii, depănarea de amintiri. Ulterior apar comentarii asupra actelor, întrebări, gînduri care-și răspund. Cléram-bault mai adaugă la descrierea sindromului automatismele : afectiv, emotiv, volițional (sentimente, acte impuse) și vizual (amintiri sau ima-gini care sînt arătate bolnavului).

¹ Termenul este folosit aici în altă accepțiune decît cea dată de autorii francezi (Claude, Ey), în sensul prezenței unor halucinații privite critic, în lipsa oricărui element delirant, sens în care este utilizat și de Lhéritte în denumirea de *halucinoză pedunculară*.

Sindromul de automatism mental a fost conceput de creatorul său ca un nucleu al psihozelor delirante cronice, care duce la apariția delirului (mistic, de mărire, de persecuție, de posesiune).

Sindromul caracterizat prin convingerea bolnavului că gândirea proprie nu mai este a sa și avînd ca elemente pseudo-halucinațiile și delirul de influență, a fost reluat în psihiatria franceză sub diferite numiri ca cele de *sindrom de deposesiune* (Lévy-Valensi), *sindrom de acțiune exterioară* (Claude) sau *gîndire xenopatică* (Guiraud).

SINDROAMELE HIPOCONDRICE

Componenta determinantă a acestor sindroame este ideea hipocondrică, adică obsesia sau convingerea în existența unor leziuni, alterări, modificări ale corpului sau psihicului și, mai general, în existența unei boli somatice sau psihice incurabile sau chiar fatale, toate acestea fiind întemeiate insuficient sau neîntemeiate obiectiv. Ideea hipocondrică poate avea caracterul de idee prevalentă, obsesivă sau delirantă (Jahrreiss).

Anxietatea hipocondrului este întreținută de constatarea unei anomalii reale dar nesemnificative, de efectele unor atitudini iatrogene sau ale unor afecțiuni organice benigne, cît și de o gamă largă de tulburări nevrotice de factură cenestopată. Hipocondria nu este omogenă, ea cuprinzînd o sferă largă de sindroame ale unor afecțiuni organice, nevrotice, psihotice sau de dezvoltare.

Sindromul *asteno-hipocondric* constă în apariția pe fondul astenic a unor temeri de boală sau chiar a unor idei prevalente cu acest conținut, alimentate de tulburări vegetative și cenestopatii. Apare în neurastenii, astenii somatogene, schizofrenia incipientă sau în perioada de remisiune.

Sindromul *obsesivo-hipocondric* se manifestă prin temeri obsesive de îmbolnăvire sau nozofobii (cancerofobie, sifilofobie, rabiofobie etc.).

Sindromul *depresivo-hipocondric* apare ca formă a depresiilor delirante și se întîlnește în psihoza maniaco-depresivă, depresii de involuție sau pe fond organic.

Sindromul *paranoiac-hipocondric* este reprezentat de delirul hipocondric de interpretare. Bolnavul este convins că a fost contaminat sau i s-a aplicat un tratament greșit de către medic și elaborează un delir de persecuție și revendicare față de acesta.

De sindroamele hipocondrice trebuie deosebit *sindromul Münchhausen* (Asher, 1951), care este o falsă îmbolnăvire, în sensul că pacienții în mod conștient, dau date anamnestice false și își produc fenomene somatice prin leziuni provocate de ei înșiși. Prezentînd tablourile unor boli somatice, ei pot să fie supuși unor multiple procedee diagnostice și intervenții chirurgicale. Tipic pentru acest sindrom este tenacitatea manifestărilor și peregrinarea continuă din spital în spital și din oraș în oraș. Fondul psihopatologic poate fi psihopatic, nevrotic, isteric sau schizofren, simpla simulare nefiind capabilă să producă o alterare atît de severă a comportamentului.

SINDROAMELE TULBURĂRILOR DE CONȘTIINȚĂ

Așa cum s-a precizat la capitolul patologiei conștiinței, criteriile de evidențiere a tulburărilor de conștiință au fost enunțate astfel de K. Jaspers : *îndepărtarea de lumea reală* (bolnavii sesizează greu, fixează greu, acționează fără a ține seama de situația reală) ; *dezorientarea* (în strânsă legătură cu semnele precedente) ; *lipsa de coerență* (și prin aceasta și ininteligibilitatea comportamentului) ; *lipsa de fixare și reținere în memorie* în cursul stării, urmată de amnezie ulterioară.

O primă grupă de sindroame situate pe scala diminuării vigilității (tulburări cantitative ale conștiinței) au fost expuse în capitolul anterior la semiologia conștiinței. La același capitol, cum era și firesc, au fost enunțate și tipurile de tulburări calitative (productive) ale conștiinței. De aceea, în cele ce urmează, redăm aspectele sindromologice ale ultimelor (delirul, sindromul oneiroid sau oneiroidia, amenția și starea crepusculară).

Delirul este caracterizat prin dezorientare temporo-spațială profundă, halucinații, incoerență și agitație psihomotorie. Clinica franceză, urmînd pe Lasègue, care asimilase delirul alcoolicilor unui vis în stare de veghe, folosește termenul de *delir oniric* sau *onirism*, după terminologia introdusă de Règeis.

Halucinațiile vizuale domină tabloul clinic. Ele sînt discontinui, caleidoscopice sau într-o înlănțuire scenică lipsită însă de coerență, cu teme *terifiante* sau *profesionale*. S-au mai putut vedea deliruri cu coloratură euforică și teme mistice sau erotice. Trăirile delirante pot deveni complexe prin asocierea altor halucinații (acustice, kinestezice ș.a.) și a unor iluzii.

Caracteristica onirismului este că bolnavul trăiește scenele halucinante ca o realitate, actele sale, comportamentul reflectînd integrarea în scenariul halucinant. Astfel, în funcție de conținutul trăirilor, dispoziția și comportamentul bolnavilor se modifică apărînd cînd anxioși, agitați și coleroși, cînd euforici, liniștiți sau în stare de extaz. În special în cazul exacerbării trăirilor halucinatorii (halucinații vizuale, zooscopice, terifiante, haptice), bolnavii opunînd persoana lor trăirilor respective, caută să se ridice, să fugă, îngroziți de moarte cer ajutor anturajului față de care, de asemenea, pot avea o atitudine ambiguă (prezența unor persoane poate să-i liniștească sau să le crească anxietatea, devenind astfel agresivi față de cei din jur). Dacă în timpul zilei starea delirantă poate slăbi în intensitate, conștiința apropiindu-se de luciditate, în general seara și noaptea cresc în intensitate fenomenele productive și odată cu ele starea de agitație psihomotorie.

Într-o formă mai particulară, care poartă denumirea de *delir profesional*, comportamentul bolnavului este determinat de halucinații scenice care amintesc activitatea profesională a pacientului sau scene de petrecere (întîlnite în special la alcoolici). În cazurile de agravare a delirului, bolnavul bolborosește ininteligibil, agitația devine dezorganizată, elementară (mișcări ale capului, mișcări de frecare sau prindere, tremurături) constituindu-se aspectul de *delir musitant*.

Durata acestor sindroame este foarte variată și în funcție de evoluția stării generale și a afecțiunii în cadrul căreia ele apar (de obicei, de la câteva ore la câteva zile). Ieșirea din starea confuzivă este precedată de un somn liniștit și prelungit. Amintirile despre trăirile din perioada de stare sînt fragmentare și incomplete.

În bolile infecțioase în special, tulburările de conștiință de tip delirant se întîlnesc în cadrul *delirului febril* și al *delirului infecțios* (v. Psihozele toxice și infecțioase).

Delirul acut este forma cu cea mai mare gravitate a sindromului delirant, care era apreciată de autorii clasici ca implicînd un prognostic fatal, caracter mult atenuat în prezent de progresele terapeutice. El este considerat de psihiatrii germani ca fiind superpozabil ca sferă catatoniei pernicioase, pe cînd cei francezi și-au însușit conceptul de *encefalită psihozică acută hiperazotemică* (Marchand). În aceste cazuri, se observă un delir oniric foarte intens, agitație psihomotorie violentă, refuz absolut al alimentației. Ulterior își fac apariția deshidratarea, hipertermia și o creștere progresivă a ureei în sînge pînă la sfîrșitul letal. După Ey și colab., encefalita psihozică acută hiperazotemică poate apărea : a) primitiv ; b) în cursul altor psihoze (mai des manie) și c) secundar (intervenții chirurgicale, puerperalitate, boli infecțioase).

Sindromul oneiroid sau *oneiroidia* este descrisă de Mayer-Gross, 1924, ca o „rezultantă“ a autodescrierilor bolnavilor care au trecut prin episoade confuzionale. Conținutul oneiroid este o masă de trăiri fantastice, halucinatorii, iluzionale și delirante. Elemente fragmentare percepute din mediul înconjurător sînt încorporate în lumea scenelor fantastice, fapt recunoscut și de Ey, care vorbește de o „osmoză a subiectivului cu obiectivul“. Halucinațiile scenice multiple fac ca pacientul să piardă contactul cu mediul real și să acționeze ca cineva care visează.

A. V. Snejnewski deosebește stările oneiroide de cele delirante prin aceea că în timp ce în primele, scenele fantastice se desfășoară ca și visele în lumea internă (subiectivă) a bolnavului, în stările delirante, scenele halucinatorii survin în spațiul real.

În timp ce în stările delirante (conștiința propriului eu fiind mai bine păstrată), bolnavul opune persoana sa trăirilor halucinator delirante, în stările oneiroide conglomeratul de reprezentări fantastice destramă mai în profunzime conștiința propriului eu și, ca atare, trăirile se confundă cu persoana. După alți autori, stările oneiroide ar fi similare cu stările crepusculare epileptice, iar conținutul lor ar semăna cu cel al schizofreniilor paranoide acute, dar ar include elemente de tip semi-realist, melodramatic cum ar fi catastrofe, viziuni ale cerului sau infernului (Mayer-Gross și colab.). Autorii citați înscriu formele oneiroide între psihozele atipice maniaco-depresive și schizofrenice considerînd că sînt determinate de o confluență a unor factori genetici din ambele sfere. Încercarea lui Meduna și McCulloch (1945) de a le separa ca entitate nozologică (oneirophrenie) nu a găsit nici o adeziune.

Amentia (Meynert) se deosebește de delir prin importanța incoerenței. Gîndirea este condusă predominant de mecanismele asociative cu tendință la rime și aliterații, de asemenea se notează perseverări în

gîndire și vorbire. Bolnavii pot sesiza tulburarea de gîndire, incapacitatea de a înțelege medicul, devin perplecși, întrebă „ce se întîmplă?“, „unde sînt?“. Uneori însă incoerența în gîndire antinge variantele extreme, vorbirea își pierde complet caracterul de relație, reducîndu-se doar la silabe, interjecții, sunete nearticulate, gemete sau scrișnirea dinților. Agitația motorie variază și ea în funcție de gravitatea tulburării amentive, de obicei este vorba de o agitație dezordonată, monotonă în limitele patului (mişcări carfologice, iactația capului, tresăriri și contorsionări ale corpului etc.). Dispoziția este extrem de labilă, înregistrîndu-se fenomene de incontinență afectivă (tregeri de la un rîs monoton și rece la o stare de plîns inexpresiv). Capacitatea de fixare este mult scăzută, după trecerea sindromului amenzial rămîn cîteva amintiri sumare sau mai des o *lacună amnestică*. În raport cu halucinațiile și ideile delirante, dispoziția în general oscilantă poate căpăta aspect euforic sau anxios, cu tendința la plîns. După predominanța simptomelor respective, Bonhoeffer descria formele halucinatorie, catatonică și cea cu fugă de idei sau incoerență.

Starea crepusculară este caracterizată printr-o îngustare a capacității de gîndire în așa fel încît ar părea că este prezentă numai o singură tendință împreună cu ceea ce este necesar pentru îndeplinirea ei, în timp ce restul personalității, în măsura în care ar fi în contradicție cu ea, nu există (Bleuler). În cursul acestor stări, comportamentul este în general ordonat, dar alături de acțiuni ordonate pot apărea și acte neașteptate, adesea cu caracter de violență. În general, sub aspect comportamental, conduita bolnavului apare ca determinată de un amestec de întîmplări trăite și halucinator delirante, ele manifestîndu-se ca într-un vis trăit sau ca într-o realitate fictivă. Astfel, bolnavul nu poate diferenția subiectivul de obiectiv, este ca și cum lumea sa imaginativă ar fi proiectată în realitate, ca și cum ficțiunea ar fi devenit realitate. H. Ey descrie această stare ca și cum „evenimentele delirante insolite, și fantastice sînt trăite de conștiința metamorfozată, ca o metamorfoză a realității“. Datorită naturii psihotice, conduita bolnavilor mai poate fi caracterizată și prin acțiuni surprinzătoare, ilogice și uneori violente, bolnavii fiind stăpîniți de stări afective anormale (anxietate, disforie) sau, așa cum subliniază Jaspers, de idei delirante (urmărire, mărire). Bolnavii apar absenți, agitați sau apatici, dar se consideră posibilă și eventualitatea ca tulburările evidente de conduită să lipsească. După părerea noastră, acestea chiar dacă sînt, constituie excepții, de cele mai multe ori caracterul imperativ și terifiant al fenomenologiei psihotice beneficiind de coordonarea și coerența actelor motorii, ceea ce face ca pacienții cu astfel de tulburări să poată comite acte agresive de mare violență și cruzime, urmate de amnezie lacunară.

Ca variante ale tulburării de conștiință de tip crepuscular se cunosc automatismul ambulatoriu, fuga patologică (crepusculară) și somnambulismul.

În *automatismul ambulatoriu*, deși conștiința este profund alterată, se păstrează coordonarea și coerența motorie, bolnavii putînd efectua călătorii uneori îndelungate, cît și alte acte și acțiuni mai mult sau mai

puțin complexe, urmate de amnezia lacunară a actului respectiv. Automatismul ambulatoriu poate reprezenta un acces epileptic psihomotor sau poate urma unui acces epileptic major.

Fuga patologică crepusculară se caracterizează printr-o intensă tensiune afectivă și este manifestată clinic printr-o fugă dezordonată și intempestivă, cu imposibilitatea controlului actelor și a evitării pericolelor. Se întâlnește în epilepsie și în stările de afect patologic (consecutive unor situații psiho-traumatizante acute) și trebuie deosebită de fugile psihoticilor (schizofreni și melancolici) în stare de raptus, precum și de fugile psihopaților din momentele de gravă decompensare.

Somnambulismul este o stare de tulburare a conștiinței care apare în timpul somnului și se caracterizează prin acte și acțiuni motorii automate, complexe, de o execuție calitativ-superioară celor din starea de veghe.

Spre deosebire de aceste tulburări, *transa* se caracterizează ca o stare de intensă sugestie hipnotică (în care insul se află sub totala influență a hipnotizatorului).

SINDROMUL KORSAKOV

Tabloul psihic al „psihozei alcoolice polinevritice” descris de S. S. Korsakov, însă neînsoțit de polinevrită, a putut fi observat ulterior și în contextul altor afecțiuni, ceea ce a făcut să fie descris sub numele de *sindrom Korsakov sau amnestic*.

În forma sa tipică, bolnavul are un comportament care face impresia normalului : discută și trage concluzii, joacă șah, citește ziarul. După o discuție mai îndelungată, apare amnezie de fixare, bolnavul nu mai știe dacă a mai vorbit cu interlocutorul și ce a discutat, citește ore întregi aceeași pagină. Uneori la amnezia anterogradă datorită tulburării fixării, se adaugă și o pierdere retrogradă a amintirilor mai vechi. Bolnavii sînt dezorientați temporo-spațial și au false recunoașteri.

Caracteristice sindromului sînt și confabulațiile, variabile în caracter și conținut, care umplu golurile de memorie. Ele pot fi bogate, fantastice, dacă sindromul amnestic urmează unei perioade de delir oniric, dar în majoritatea cazurilor este vorba de amintirea unor evenimente mai vechi, pe care bolnavii le povestesc mai mult sau mai puțin exact ca evocări recente. Confabulațiile mnestice pot fi sugerate sau modificate prin sugestie.

Asupra interpretării psihopatologice a sindromului Korsakov nu există un acord deplin. Pornind de la teoria engramelor, s-a presupus că este vorba de tulburări ale înregistrării, după expresia figurată a lui Störring „tableta de ceară devine de piatră”. Conrad, într-o perspectivă structuralistă, afirmă că este vorba de pierderea unei înregistrări durabile prin lipsa unei legături structurale integrative. Van der Horst presupune prăbușirea procesului care imprimă trăirilor semne temporale. Apropiată de această concepție este ipoteza lui Gamper de tulburare a funcțiunii, care pune în raport un fenomen trăit în prezent cu fenomene trăite în trecut și cea a lui Ey, care vorbește de o alterare a temporalizării percepției.

Cercetările lui Delay și colab. au confirmat frecvența leziunilor corpilor mamilari susținută demult de către Gamper. Leziunile nu se limitează la această formație, ci corespund probabil întregului circuit mnestic compus din hipocamp, fornix, corpii mamilari, fasciculul Vicq d'Azir, nucleul anterior al talamusului și cortexul cingular.

Printre modalitățile etiologice ale sindromului Korsakov cităm: alcoolismul cronic, intoxicații acute (mai frecvent cu CO), infecții, traumatisme cranio-cerebrale, tumori ale regiunii mamilare și hipotalamice, demența senilă (forma presbiofrenică).

Confabuloza sau *sindromul expansiv-confabulator* a fost descrisă de Bayer în tifosul exantematic, dar ulterior a fost observată în alte boli infecțioase, precum și în traumatismele cranio-cerebrale. Se caracterizează prin apariția unor confabulații și a unor idei expansive de mărire proiectate confabulator în trecut. Sindromul evoluează pe un fond de conștiință clară și cu tulburări de memorie minime.

SINDROMUL DEMENTIAL

Demența este o slăbire progresivă și globală a activității psihice, în care sînt alterate în modul cel mai manifest memoria și gîndirea, paralel cu o sărăcire a afectivității și o alterare a comportamentului. Personalitatea se degradează treptat, activitatea psihică regresează, sărăcește și în cele din urmă este complet pustiită.

Conceptul clasic de demență implică un deficit ireversibil sau progresiv. Caracterul de ireversibilitate nu mai este astăzi considerat ca definitiv, așa cum au arătat opririle evoluției sau chiar ameliorările obținute în paralizia generală, tumori cerebrale, anemie pernicioasă, precum și posibilitățile de reeducare și recuperare în unele forme staționare. Potențialul evolutiv rămîne însă un criteriu care fără să fie absolut constituie în mare măsură o caracteristică a demenței, firește în strînsă dependență de natura leziunilor.

În sindromul demential, tulburarea memoriei de fixare, de obicei în faza inițială, duce la o amnezie anterogradă, la care se asociază curînd și cea retrogradă. Capacitatea de sesizare a relațiilor mai complicate scade, noțiunile sărăcesc, nu mai sînt disponibile decît acțiuni mai generale și vagi. Gîndirea sărăcește, perseverează, capacitatea de raționament se reduce. În vorbire apare incoerența, reducerea vocabularului se folosesc cuvinte generice, pseudo-descreri. Dispoziția este modificată în sens euforic sau depresiv, emoțiile sînt labile, dar progresiv afectivitatea sărăcește, începînd cu sentimentele cele mai diferențiate, pînă se ajunge la o indiferență totală. Activitatea se reduce treptat, deprinderile începînd cu cele profesionale se deteriorează progresiv, pînă la incapacitatea de îngrijire (igienă, îmbrăcare, alimentație). Delictele sexuale, actele absurde, comportamentul în general, reflectă tulburările de memorie și judecată.

Tabloul clinic al unei demențe prezintă variații în raport cu personalitatea premorbidă, vîrsta debutului, precum și cu natura și unele aspecte localizatorii pe care le are procesul organic care o generează. Astfel, în demențele arteriopatice, tulburările de memorie au caracter

lacunar, nucleul personalității este conservat (demențe lacunare) spre deosebire de demențele senile sau paralitice (demențe globale).

Dintre numeroasele posibilități etiologice ale sindromului demențial amintim: demențele degenerative (coreea Huntington, boala Creutzfeld-Jakob, demențele presenile Pick și Alzheimer), demența senilă; demențele vasculare (arterioscleroza cerebrală, trombangita obliterantă); demența traumatică; demențele toxice (ex. demența alcoolică); demența epileptică (vezi capitolele respective).

BIBLIOGRAFIE

- Bayer W. v. — „Geistige Störungen bei Fleckfieber. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Konfabulationen“, Z. Neurol. Psychiat., 1942, 175, 225.
- Bleuler E. — „Lehrbuch der Psychiatrie“, 11 Aufl. von M. Bleuler, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1969.
- Clérambault G. de — „Oeuvre psychiatrique“, Tome II, PUF, Paris, 1942.
- Konrad K. — „Die Symptomatischen Psychosen“, in „Psychiatrie der Gegenwart“, Band II, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.
- Jaspers K. — „Allgemeine Psychopathologie“, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1956.
- Jahreiss W. — „Das hypocondrische Denken“, Arch. Psychiat., 1930, 62, 686.
- Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. — „Clinical Psychiatry“, Cassell, London, 1960.
- Morsier G. de — „Le syndrome de Charles Bonnet“, Ann. Med. Psychol., 1967, 125, 2, 677.
- Pauleikhoff B. — „Die Katatonie“ (1868—1968), Fortschr. Neurol. Psychiat., 1969, 37, 461.
- Schneider K. — „Klinische Psychopathologie“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1967.
- Wieck H. H. — „Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen“, Dtsch. med. Wschr., 1956, 24, 1345.