

CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE ȘI UNELE PROBLEME DE ETIOLOGIE ȘI EVOLUȚIE

Atît în partea de istoric, cît și în subcapitolele privind concepțiile, orientarea și metodologia psihiatriei ca știință medicală, am amintit că după mai multe tentative de clasificare a bolilor psihice, sistemul de orientare clinico-nozologică inițiat de Kraepelin a fost acela care s-a impus. Făcînd abstracție de neajunsurile sistemului kraepelinian (vezi capitolele respective), aminteam că grupările diagnostice stabilite de el (psihoze organice, psihoze endogene, deviații ale personalității, stările reactive) își păstrează și azi valoarea lor pragmatică.

De altfel din vremea lui Kraepelin și după aceea, marile școli de psihiatrie (franceză, germană, sovietică, engleză etc.) au continuat cercetările în vederea lămuririi etiologiei bolilor psihice, a evidențierii mecanismelor lor patogenice urmărind în același timp clinico-catamnestic evoluția acestor afecțiuni. Eforturile pentru a înlătura unele aspecte rigide ale criteriilor de delimitare a entităților nozologice au orientat cercetările unor psihiatri (Hoche, Bonhöeffler, Jaspers, Conrad, K. Schneider) către studiul specificității și dinamicii sindroamelor psihopatologice (vezi Sindroame). Deși unele dintre aceste cercetări au avut caracter antinozologist sau monocauzalist îngust (exemplu: tipul exogen de reacție Bonhöeffler), ele au accentuat preocuparea de a decela cauzele bolilor psihice, au evidențiat complexitatea, intensitatea și specificitatea sindroamelor în funcție de cadrul nozologic procesual, organic, toxic, infecțios (Jaspers), cît și posibilitatea trecerii unui sindrom în altul în cadrul aceleiași boli psihice.

Prin delimitarea sindroamelor de tranziție s-a evidențiat de fapt necesitatea cunoașterii simptomocomplexului, care marchează perioada de trecere de la stadiul acut la cel cronic, iar delimitarea simptomatologiei în obligatorie și facultativă (K. Schneider) a adîncit atît caracterele

specifice ale sindroamelor în funcție de entitatea nozologică, cât și importanța lor ierarhizată de care depinde în ultimă instanță orientarea tratamentului după așa-zisele „simptome țintă” ale lui Freyhan.

Consecvența adepților concepției clinico-nozologice și biosociale în aplicarea principiului etiologic și patogenetic în clasificarea bolilor psihice, deși este azi mult mai amplu susținută de o serie de date noi (genetice, neurofiziologice, imunobiologice, biochimice, electrofiziologice, psihofarmacologice etc.) se izbește încă atât de necunoașterea etiologiei unor afecțiuni psihice, cât și de insuficiența datelor privind mecanismele patogenice specifice fiecăreia dintre ele.

Chiar și în psihozele cu etiologie cunoscută, cum sînt cele infecțioase, toxice, traumatice sau în cazul psihogeniilor (boli psihice determinate în principal de traume psihice) nu se poate vorbi de o „etiologie lineară”, cum o denumește A. V. Snejnevski, deoarece în bolile psihice (ca de altfel și în alte afecțiuni) nu poate fi vorba de o relație simplă între agentul patogen (infecție, traumă) și starea morbidă. În această relație intervin o multitudine de factori legați de reactivitatea organismului, de constituția acestuia, de condițiile interne și externe în care complexul factorilor etiologici acționează asupra organismului. Așa se explică de ce dintr-o multitudine de subiecți supuși unor traume psihice puternice sau îndelungate numai un număr restrîns prezintă tulburări psihice și acestea de intensitate foarte diferită. Astfel, la unii se instalează doar stări nevrotice ușoare și de scurtă durată, alții reacționează brutal prin stări de șoc emoțional urmat de tulburări nevrotice prelungite sau stări depresive, stări paranoide etc.

Dacă ne referim la tipul de reacție exogenă a lui Bonhoeffer, trebuie să amintim că și în cazul acțiunii unor agenți infecțioși (gripa, hepatita epidemică, febra tifoidă etc.) reacțiile sînt de intensitate și evoluție diferite nu numai din punct de vedere somatic, dar și psihic. Astfel tulburările psihice la majoritatea bolnavilor îmbracă aspectul unei simptomatologii nevrotice de acompaniament (atît în perioada de stare, cât și în perioada de convalescență), la alții iau forma unor episoade acute confuzive (delir febril, delir infecțios), care se remit ușor, în timp ce la o altă categorie de bolnavi episodul psihotic se prelungește sau se continuă cu o afecțiune psihică procesuală (de tip schizofren, în special) cu o etiologie necunoscută, din complexul de factori responsabili de apariția ei, neputînd fi exclus factorul toxic, infecțios sau traumatic.

Dacă analizăm de exemplu tablourile clinice determinate de intoxicația etilică cronică, observăm de asemenea o multitudine de entități nozologice, care au în fond aceeași etiologie, dar care pot determina, prin mecanisme patogenice deosebite, fie tabloul clinic al unui delirium tremens, fie o halucinoză alcoolică, un delir de gelozie sau o psihoză Korsakov etc.

Iată deci că factorii exogeni și endogeni se intrică în mod complex, rezultanta interacțiunii lor (starea de boală) fiind determinată de o grupă de factori dintre care unii au, în funcție de boală, un rol determinant, iar ceilalți un rol predispozant (factorii ereditari, factorii constituționali) sau favorizant. Dintre aceștia menționăm grupa factorilor externi (bolile

somatice, surmenajul, intoxicația) și grupa factorilor interni legați de modificarea reactivității în urma acțiunii repetate sau prelungite a unor condiții nefavorabile de viață, de muncă sau chiar a unor boli somatice.

Totodată reamintim că, deși factorii cauzali pot fi formal împărțiți în interni și externi, noi nu putem adopta fără rezerve criteriul împărțirii bolilor psihice în exogene și endogene, deoarece un astfel de criteriu simplist contrazice realitatea și voalează conceptul unității dialectice a relației organism-mediu.

În apariția bolilor psihice, mai mult ca în alte afecțiuni, contextul biologic, psihic și social constituie cadrul vast în care intricarea cauzelor interne și externe poate duce la stări psihopatologice foarte diferite ca intensitate și evoluție. În plus, contextul biosocial legat de condițiile moderne ale existenței umane impune evidențierea factorilor de risc atât în cazul bolilor cu etiologie cunoscută, cât și în cazul celor cu etiologie necunoscută. La rândul său, cunoașterea factorilor de risc și a unor condiții particulare în care apar îmbolnăvirile psihice, impune elaborarea complexului de măsuri de psihoigienă și psihoprofilaxie.

De altfel însăși împărțirea factorilor care condiționează apariția bolilor psihice în interni și externi este relativă, deoarece o serie de boli psihice cu potențial mare invalidant (schizofrenia, parafrenia, paranoia, unele forme ale psihozei maniaco-depresive) nu sînt întotdeauna provocate exclusiv de condițiile interne și ca atare exprimarea lor clinică apare uneori favorizată de acțiunea unor factori externi infecțioși, toxici, traumatici (fizici, emoționali). În acest sens, studiile epidemiologice demonstrează că îmbunătățirea condițiilor de mediu și creșterea eficienței măsurilor terapeutice și economico-culturale, deși nu scad evident frecvența bolilor psihice predominant endogene, diminuează în mod convingător gravitatea și evoluția lor către cronicitate și stări defectuale.

În etapa actuală, cînd studiile de genetică au luat o amploare deosebită, s-a conturat necesitatea lămuririi în cadrul șfatului genetic a tuturor progenitorilor cu risc genetic crescut, în sensul convingerii lor asupra inoportunității procreării. În aceste condiții au fost evidențiate posibilitățile de cunoaștere și combatere a factorilor responsabili de apariția unor embriopatii și dismetabolii ereditare. Totodată analiza datelor epidemiologice cu privire la structura morbidității în marea majoritate a țărilor cu un grad înalt de dezvoltare demonstrează creșterea semnificativă a ponderii nevrozelor, stărilor psihice reactive, a psihopatiilor și stărilor psihopatoide, a toxicomaniilor, aspect care demonstrează că însăși dezvoltarea societății moderne cuprinde pe lîngă multitudinea de factori de progres și o serie de factori care influențează negativ starea de sănătate mentală a populației.

Avînd în vedere aceste aspecte ale psihiatriei moderne, factorii care condiționează apariția bolilor psihice ar putea fi împărțiți în *factori ereditari și congenitali, factori perinatali și postnatali, factori ecologici* (toxici, infecțioși, traumatici), *factori demografici și factori sociali*.

Factorii ereditari sînt responsabili de apariția unor oligofrenii, a unor demente eredofamiliale de natură degenerativă, dismetabolică, discromozomială sau discrinică. De asemenea, aceștia ar putea fi implicați

în explicarea condițiilor interne (endogene) avînd rol predispozant în apariția schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, paranoiei, parafreniei, cît și în unele anomalii de dezvoltare ale personalității (psihopatii de nucleu sau constituționale).

O deosebită importanță prezintă factorii congenitali infecțioși (rujeola, rubeola, sifilisul, toxoplasmoza, tuberculoza), medicamentoși (inclusiv unele dintre psihotropicele moderne), toxici (alcool, oxid de carbon, substanțe chimice utilizate în unele industrii), cît și o serie de factori fizici (în special radiatiile ionizante). Consecințele lor negative asupra produsului de concepție sînt deosebit de grave atunci cînd factorii amintiți acționează asupra unuia sau a ambilor progenitori în mod cronic, asupra mamei în perioada de embriogeneză, riscul acțiunii lor rămînd evident însă pe toată perioada gestației.

Factorii perinatali (anoxiile, traumatismele obstetricale, infecțiile intrapartum etc.) pot determina suferințe cerebrale constituind adesea cauzele unor forme de encefalopatie infantilă și a anomaliilor de dezvoltare psihică și neuromotorie (oligofrenii, dezvoltare dizarmonică, întîrziere în dezvoltare, epilepsie și o serie de sechele neurologice focale).

Factorii postnatali care acționează în special în primii ani de viață (infecții, intoxicații, traumatisme cranio-cerebrale), adică în perioada de dezvoltare și diferențiere funcțională a formațiunilor cerebrale pot determina de asemenea diferite tipuri de dezvoltări dizarmonice lezionale, opriri în dezvoltare, epilepsii simptomatice, iar prin modificarea reactivității (a condițiilor interne) pot fi incriminați în apariția ulterioară a unor afecțiuni psihice reactive sau procesuale. De fapt o serie de factori perinatali, sau postnatali și în general factorii toxici, infecțioși, traumatici împreună cu factorii de mediu care determină apariția unor boli psihice fac parte din grupa mare a *factorilor ecologici*. Aceștia însă cunosc o gamă extrem de largă, evantaiul lor extinzîndu-se la complexul de influențe pozitive social-culturale asupra dezvoltării și maturizării personalității umane. Multitudinea de influențe pozitive însă nu exclude și unele consecințe negative legate chiar de aspectele de progres incontestabil. În acest sens, dacă ne referim la factorii infecțioși, putem afirma că medicina de azi dispune nu numai de mijloace moderne de depistare precoce, de diagnostic precis, ci și de un bogat arsenal terapeutic care salvează pacienții cu afecțiuni altădată letale. Acest factor de progres incontestabil însă nu exclude posibilitatea instalării unor sechele, a unor stări encefalopatice, postmeningitice, postencefalitice, care impun măsuri de asistență psihiatrică și psihopedagogică concordante cu tipul dizarmonizării, gradul de nedezvoltare sau de regresivitate a personalității.

De asemenea, în condițiile de mare progres ale societății moderne, factorii negativi ecologici legați de artificializarea mediului, poluarea lui cu noxe fizice (zgomot, trepidații, circulație intensă și rapidă) și chimice diverse pot influența negativ echilibrul psihic, fiind implicați într-o serie de afecțiuni în special marginale (eșecuri de adaptare, supra-solicitări nervoase, nevroze, dizarmonii psihice, decompensări psihopatice, afecțiuni psihice de origine toxică sau traumatică).

Dezvoltarea impetuoasă a societății contemporane caracterizată prin tendința firească de urbanizare, industrializare masivă, mecanizare, automatizare, orientate în societatea noastră spre ușurarea vieții omului, spre creșterea nivelului de trai, nu sînt lipsite nici ele de unele consecințe negative, măbind uneori riscul dezadaptativ. Dezvoltarea continuă și rapidă economică și social-culturală impune intensificarea exigențelor instructiv-educative, sporirea ponderii efortului intelectual în procesul de producție, creșterea nivelului de pregătire teoretică și practică, care să ușureze subiectului posibilitatea înrolării în diversitatea proceselor tehnologice pe care le impune industria modernă.

Eventualele consecințe negative ale acestor factori, incontestabil pozitivi, pentru că de ei depinde în general progresul social, impun măsuri de orientare cît mai adecvată a membrilor societății după aptitudini, după capacitatea și pregătirea lor, condiții care vor micșora mult dezadaptările și în general riscul îmbolnăvirilor prin boli psihice (în special nevrotice, reactive și decompensări psihopatice).

Așa cum se poate observa din expunerea acestor grupe de factori, am cuprins în ordinea firească factorii prenatali, perinatali și postnatali. În acest sens, am sugerat deja ideea unei patologii psihiatrice particulare stadiului de dezvoltare longitudinală (în funcție de vîrstă) a individului. Structura morbidității în funcție de vîrstă aduce în discuție *factorii demografici* de care trebuie să se țină cont atît în evidențierea riscului de îmbolnăvire, cît și a particularităților acestor îmbolnăviri.

Astfel pentru prima copilărie trebuie avuți în vedere factorii prenatali, perinatali și postnatali cum sînt imaturitatea, afecțiunile somatice (rahitism, dispepsii, bronhopneumonii, traumatisme cranio-cerebrale etc.). Aspectele etiopatogenice și clinice particulare vîrstei copilului reclamă nu numai criterii deosebite de diagnostic, ci și măsuri diferențiate (de psihoprofilaxie, medicale, psihologice și pedagogice) adresate atît copilului, cît și familiei.

Probleme particulare deosebite pun adolescența (12—18 ani), tinerețea (18—25 ani) și vîrsta înaintată. Astfel particularitățile adolescentului (sensibilitatea lui excesivă, labilitatea emoțională, crizele de autoritate, lupta pentru a-și construi modelul propriu și a se desprinde de dependența și ocrotirea familiei etc.) pot constitui elemente favorizante instalării unor stări psihice reactive (în special depresive), nevrozelor, decompensărilor psihopatice. Tinerețea, de care se leagă în mod dominant pentru studenți instrucția superioară, iar pentru ceilalți tineri pregătirea pentru profesie și începutul vieții profesionale, pe lîngă toate marile ei avantaje și frumuseți, poate și ea să faciliteze în condițiile exigențelor de formare intelectuală și de calificare superioară unele reacții de dezadaptare, stări nevrotice, episoade reactive în special depresive.

Complexul de factori demografici care înglobează și particularitățile psihologice și biologice ale vîrstei are un rol cu totul deosebit (am putea spune ca și în perioada copilăriei) în perioadele de vîrstă înaintată (vîrstele cuprinse între 50—65 ani și de la 65 ani în sus). Creșterea ponderii populației în vîrstă, o dată cu mărirea duratei medii de viață,

face ca în structura populației această grupă de vîrstă să fie mult mai mare. În structura morbidității, datorită particularităților biologice și psihologice (scăderea capacității de adaptare, labilitate emoțională, scăderea acuității funcțiilor psihice, îngustarea preocupărilor, oarecare egocentrism și grijă excesivă față de starea de sănătate, mai ales în condiții de singurătate și inactivitate după pensionare) este evidentă creșterea ponderii afecțiunilor psihice la bătrîni (vezi capitolul respectiv).

Din cele relatate mai sus se degajă de altfel și criteriile care ar sta la baza clasificării afecțiunilor psihice după factorii etiologici dominant exogeni sau dominant endogeni (cunoscuți și necunoscuți), după aspectele patogenice (cunoscute sau presupuse), după particularitățile de vîrstă, după aspectul evolutiv (episodice, procesuale, cronice), după particularitățile stărilor avansate sau terminale (defectuale, dementiale, globale sau lacunare).

Înainte de a trece la expunerea clasificării pe care o propunem și o utilizăm de altfel în redactarea acestui manual, revenim la continuitatea sistemului kraepelinian de clasificare (concepția clinico-nosologică). Remarcăm astfel clasificarea bolilor psihice din Psihiatria Clinică (Klinische Psychiatrie) apărută în anul 1960 sub redacția continuatorilor concepției clinico-nosologice (H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller), care păstrează în mare schema inițială a lui Kraepelin. Astfel capitolele mari ale acestei lucrări deosebit de valoroase și legate de realitatea clinică (cu excepția interpretărilor psihanaliste arbitrare) cuprind :

Psihiatria adultului

A. *Psihozele endogene* (schizofrenia, psihozele depresive și maniacale endogene, psihozele endogene atipice). B. *Psihopatiile*, nevrozele și reacțiile patologice. C. *Narcomaniile*. D. *Psihozele organice și bolile organice cerebrale* (psihozele simptomatice, tulburările psihice în bolile infecțioase, tulburările psihice după traumatismele cranio-cerebrale, epilepsia, oligofreniile). E. *Psihiatria infantilă și gerontopsihiatria*.

Nosologia pedopsihiatrică cuprinde :

- I. Tulburările psihice reactive.
- II. Tulburările psihice legate de anomaliile de maturizare.
- III. Tulburările psihice legate de constituție (nevropatia, psihopatia, isteria infantilă, psihozele endogene).
- IV. Tulburările psihice pe fond somatic.
- V. Tratatamentul.

Psihiatria gerontologică cuprinde : Îmbătrînirea și psihozele vîrstei înaintate (îmbătrînirea somatică, îmbătrînirea psihică, tulburările procesului de îmbătrînire psihică, psihiatria senilității, factorii patogeni și clasificarea psihozelor senile).

Se observă deci că din multe puncte de vedere această clasificare nu diferă evident de sistematica utilizată de marea majoritate a autorilor consecvenți direcției clinico-nosologice. Astfel, în ultima ediție a Psihiatriei sovietice (O. V. Kerbikov, M. V. Korkina, R. A. Nadjarov,

A. V. Snejnevski), apărută în anul 1968 și tradusă în limba franceză în 1972, sînt cuprinse capitolele : A. *Psihozele infecțioase*. B. *Tulburările psihice* legate de infecția luetică cerebrală. C. *Tulburările psihice* din cadrul bolilor somatice infecțioase și endocrine. D. *Psihozele toxice* (narcomaniile, alcoolismul și psihozele alcoolice, alte toxicomanii, intoxicația medicamentoasă, alimentară, cu toxice industriale și alte toxice). E. *Tulburările psihice* în traumatismele craniocerebrale. F. *Tulburările psihice* în bolile vasculare. G. *Tulburările psihice* legate de alte boli ale creierului (tumori cerebrale, idiopia amaurotică, scleroza tuberoasă, neurofibromatoză, boala Pick, coreea cronică Huntington). H. Schizofrenia. I. Epilepsia. J. Psihoza maniaco-depresivă. K. Psihozele presenile. L. Psihozele senile. M. Psihogeniile (stări reactive și nevrozele). N. Psihopatia și dezvoltarea patologică a caracterului. O. Oligofreniile.

Se observă deci că în primele capitole (A, B, C, D, E) sînt cuprinse bolile psihice cu determinism dominant exogen (infecțioase, toxice, traumatice), în capitolele următoare (F, G) tulburările psihice simptomatice în bolile organice cerebrale ; capitolele H, I, J cuprind bolile psihice cu etiologie necunoscută, dominant endogenă.

Autorii sovietici rezervă capitole speciale bolilor psihice legate de vîrstă (K, L), psihogeniilor și stărilor reactive (M), maladiilor de dezvoltare și nedezvoltare a personalității (N, O).

Pornind de la tradițiile noastre clinice am grupat bolile psihice în :

I. Simptomatice și organice cu următoarea subîmpărțire :

„A“ Tulburările psihice de origine infecțioasă, psihozele infecțioase. „B“ Tulburările psihice de origine toxică. „C“, „D“ Tulburările psihice legate de maternitate și bolile endocrino-metabolice. „E“ Tulburările psihice în traumatismele craniocerebrale. „F“, „G“ Tulburările psihice în unele boli neurologice (inclusiv epilepsia și tumorile cerebrale).

II. Tulburările psihice ale vîrstei înaintate cu subîmpărțirea :

A. Tulburările psihice legate de involuție.

B. Tulburările psihice legate de senilitate.

C. Tulburările psihice în bolile vasculare.

III. Oligofreniile.

IV. Psihopatiile și stările psihopatoide.

V. Psihogeniile cu următoarea subîmpărțire :

A. Psihozele reactive.

B. Nevrozele.

VI. Afecțiunile psihice dominant endogene avînd ca subgrupe :

A. Schizofrenia și delirurile cronice sistematizate.

B. Psihoza maniaco-depresivă și în general psihozele afective.

Credem că această sistematică nu se îndepărtează de la principiile consecvent nozologice, cuprinde în bună măsură și afecțiunile psihice ale copilului, dă posibilitatea urmării interacțiunii și interdependenței factorilor care condiționează apariția diverselor afecțiuni psihice (factori despre care am vorbit succint mai sus) și delimitează intensitatea proceselor psihopatologice (nevrotică, psihopatică, psihotică, defectuală și dementială). Această clasificare se apropie și de cea de-a 8-a formă de clasificare a bolilor psihice aprobată de O.M.S., în anul 1968 și care a

fost introdusă în țara noastră începând cu anul 1969. Conform noii clasificări pe 300 de cauze, bolile psihice sînt cuprinse la capitolul V intitulat „*Tulburările mintale*”. (Clasificare O.M.S. 1968.)

Se observă în această clasificare clase de cîte 10 boli (0—9), la fiecare boală notîndu-se numărul de ordine (29 pentru psihoze, 30 pentru nevroze și psihopatii, 31 pentru oligofrenii). După consemnarea numărului de ordine se adaugă *cifra simbol* legată de afecțiune și apoi cifra care semnifică *tipul afecțiunii* cuprins în cele 10 rubrici corespunzătoare claselor în care forma respectivă este încadrată. Astfel, dacă ne referim la codificarea cuprinsă la numărul de ordine 29 (psihozele) și vrem să codificăm tipurile de afecțiune cuprinse, vom consemna cifric aceste afecțiuni astfel: „29” (numărul de ordine) la care se adaugă simbolul unei clase să zicem „5” (schizofrenia) și un tip de boală cuprinsă în sistemul de 10 amintit vom consemna astfel: „29”, „5” (295), la care adăugăm tipul să zicem 4 (episodul schizofrenic acut). Atunci expresia cifrică a afecțiunii va fi: 29/5/4 sau 295.4.

Așa cum afirmam mai sus, într-o serie de afecțiuni psihice nu cunoaștem etiologia, iar mecanismele patogenice rămîn încă în cadrul unor prezumții adesea și ele contradictorii. În această situație deducem și delimităm o serie de entități nozologice după tabloul clinic, după particularitățile și dinamica sindroamelor, după tipul de evoluție al afecțiunii în general și după aspectul stărilor avansate (denumite de unii autori stări terminale) ale afecțiunii psihice respective.

În legătură cu aceste stadii de cronicitate ale bolilor psihice trebuie să diferențiem starea de deteriorare de starea dementială propriu-zisă și specifică nu afecțiunilor procesuale (ca de ex. schizofrenia), ci unor afecțiuni organice, lezionale cerebrale.

Pentru a deosebi stările dementiale de stadiile defectuale (de deteriorare postprocesuală vesanică), H. Ey și E. Minkowski afirmă că în demențele propriu-zise ar fi vorba de o dezintegrare de bază a existenței rezonabile a persoanei, în care este profund alterat atît *fondul mental* — „ansamblul operațiilor intelectuale și al activității sintetice necesare desfășurării proceselor gîndirii”, cît și *zestrea mentală* — „capitalul intelectual al individului, adică nucleul de cunoștințe rezonabile care constituie structura logică a eului, organizarea subiectului însuși ca „artizan al sistemului propriu de valori logice” (H. Ey, p. 117, 118). Spre deosebire de deteriorare, în demență este vorba deci de o pierdere a capacității de judecată și raționament, de o golire a bagajului intelectual și cum afirma H. Ey de o alterare profundă a ființei raționale, care, privînd bolnavul de judecată, îl reduce la o existență „lipsită de persoană”, adică la un stadiu de regresivitate a personalității, la un nivel „quasianimalic”.

În așa-zisele *demențe secundare* (postprocesuale sau vesanice) este vorba de „deteriorări” mai ușoare constînd în diminuarea eficienței intelectuale prin disocierea personalității. În schizofrenie, de exemplu, are loc dislocarea eului, destructurarea realității, modificarea sistemului de comunicare prin scufundarea în lumea autistă, închisă ermetic față de exterior, incoerență de gîndire și incapacitate de a menține persoana

într-un sistem de comunicare cu alții. Ceea ce ar diferenția starea defectuală (deteriorarea) de o demență propriu-zisă ar consta deci într-o pierdere mai mică a capitalului intelectual, a zestrei mintale.

Apreciem că în aceste stări deficitul constă în principal în îngreunarea sau imposibilitatea cronică a comunicării, în lipsa totală de interes sau îngustarea extremă a preocupărilor, a unghiului de relație cu ambianța, în dificultatea sau imposibilitatea de a folosi experiența (relativ păstrată) trăită în situațiile prezente. În concepția lui H. Ey și E. Minkowski ar fi vorba deci mai mult de tulburarea ansamblului operațiilor intelectuale și activității sintetice necesare unei conduite raționale.

Dacă în demențe este vorba de o regresivitate extremă a personalității, în oligofrenii (*arriérations mentales*) autorii amintiți vorbesc de o ageneză a personalității care nu se reduce (ca în demențe) la incapacitatea sau mediocritatea operațiilor intelectuale, aici fiind vorba de tulburări în dezvoltare (opriri în dezvoltare) mult mai globale, care afectează individul în totalitatea persoanei sale, înainte ca ea să se fi dezvoltat.

Stabilirea tipurilor de debut și de evoluție a bolilor psihice cât și caracteristicile stărilor de ameliorare, remisiune sau de vindecare prezintă un interes deosebit atât din punct de vedere prognostic, cât și (mai ales când este vorba de o apreciere a stadiilor de cronicitate demențiale sau defectuale) diagnostic. Astfel, în multe cazuri debutul brusc, zgomotos, uneori confuziv, alteori sub forma unor „bufeuri delirante“ poate să indice (dacă nu este legat de un substrat organic cerebral) o evoluție favorabilă care duce într-un timp relativ scurt la ameliorare, remisiune sau vindecare. Debutul lent, insidios, oligosimptomatic anunță deseori un prognostic mai puțin favorabil și în orice caz indică mai frecvent potențialitatea unei evoluții cronice, a unei ameliorări sau remisiuni cu defect.

În general tipul de evoluție a bolilor psihice poate avea un caracter circular (în psihoza maniaco-depresivă, forma circulară, reprezintă treceri de la o stare afectivă la opusul ei fără intervale libere) sau *intermitent* (sub forma unor puseuri repetate în timp, cu revenire la normal în perioadele libere); poate avea aspect *recurent*, *remitent* sau *critic*. Aceste forme de evoluție se caracterizează prin aceea că după fiecare fază sau stare critică se înregistrează o scădere a nivelului personalității, a mai multor sau a tuturor funcțiilor psihice. Înținem de asemenea (este drept ceva mai rar) evoluții nefavorabile caracterizate printr-o desfășurare neîntreruptă a procesului morbid și ca atare o evoluție către cronicitate și defect sau demență (tip de evoluție *progredientă*, *procesuală neîntreruptă* sau *progresivă*).

În legătură cu modalitățile de apariție și tipurile de evoluție, o discuție aparte merită a fi purtată pentru clarificarea noțiunilor de *funcțional* și *organic*, *reacție*, *proces* și *dezvoltare*. Socotind că aceste noțiuni pot fi mai bine clarificate după expunerea psihogeniilor, le vom pune în discuție la capitolul respectiv (vezi Psihogeniile).

Aprecierea oarecum diferită a posibilității de vindecare în bolile psihice a făcut ca în multe țări să se utilizeze cu multă prudență calificativul de „vindecat”. Chiar și în psihozele reactive, în stările confuze tranzitorii, noi apreciem starea la ieșirea din clinică prin termenii de *ameliorat*, *mult ameliorat*, *remis fără defect* sau *cu defect*. De altfel noțiunea de remisiune totală (fără defect) sau parțială (cu defect) ne scutește de obligația de a utiliza în mod pripit termenul de vindecare, lăsându-ne astfel posibilitatea ca după observația de 1—3 ani să apreciem starea prin termenul de remisiune prelungită (stabilă) fără defect sau cu defect, iar după o perioadă de 3—5 ani să ne permitem a considera pacientul vindecat (deși nici după această perioadă nu este exclusă recăderea, mai ales în unele afecțiuni cu evoluție ciclică).

Pentru a evita probabil confuzia între evoluția remitentă și remisiune, A. V. Snejewski clasifică posibilitățile de evoluție a bolilor psihice în *vindecare totală*, *vindecare cu modificări reziduale*, *vindecare cu defect* considerând ca cea mai rară posibilitate sfârșitul letal întâlnit în special în afecțiunile psihice dementiale, de obicei în stările avansate ale acestora prin intervenția unor infecții recurente și alte afecțiuni somatice grave. Cunoscută sînt de asemenea unele afecțiuni psihotice confuzive cu aspect hiperacut și hipertoxic care pot avea o evoluție fatală.

Deoarece în domeniul bolilor psihice se estimează frecvent posibilitatea cronicizării, credem că se impune diferențierea și utilizarea judicioasă a acestui termen demobilizator. Măsurile terapeutice și de recuperare socio-profesională caracteristice psihiatriei moderne, demonstrează convingător că noțiunea de cronicitate nu se identifică cu ireversibilitatea și ca atare caracterul funcțional al majorității bolilor psihice impune mobilizarea eforturilor de recuperare chiar acolo unde evoluția în timp îndreptățește poate sancțiunea de boală cronică sau bolnav psihic cronic.

BIBLIOGRAFIE

- „Clasificatia internațională a bolilor”, Ministerul Sănătății, Centrul de calcul și statistică sanitară, vol. I, București, 1971.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch. — „Manuel de Psychiatrie”, ed. a II-a, Masson et Cie, Paris, 1963.
- Freyhan F. A. — „Therapeutic Implications of Differential Effects of New Phenothiazine Compounds”, *Amer. J. Psychiat.*, 1965, 115, 577.
- Gruhle H. W., Jung R., Mayer-Gross W., Müller M. — „Klinische Psychiatrie”, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.
- Jaspers K. — „Allgemeine Psychopathologie”, 7 Aufl., Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959.
- Kerbikov O., Korkina M., Najdarov E., Snejewski A. — „Psychiatrie”, Edition Mir, Moscou, 1972.
- Kraepelin E. — „Psychiatrie”, 9 Aufl., Leipzig, 1927.
- Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. — „Clinical Psychiatry”, Cassell, London, 1955.
- Minkovski E. — „Traité de Psychopathologie”, P.U.F., Paris, 1966.
- Schneider K. — „Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose”, 3 Aufl., Stuttgart, 1944.