

11 00
0 21

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

TULBURĂRI DE CONVERSIE
(aspecte clinice, terapeutice și diagnostic diferențial)

Recomandări metodice

Chișinău 2000



"Aprob"

Vice-ministrul Sănătății

O. RUSU

14.04.2000

Isteria a fost cunoscută din antichitate. Medicii din Grecia Antică spuneau, că isteria rezultă dintr-o deplasare a uterului din poziția sa normală. În secolul al II, Galen a respins această idee, sugerând în schimb, drept cauză, o retenție exagerată a secreției uterine. Teoria patologiei uterine a dominat până în secolul al XVI-lea, când Willis a sugerat, că isteria provenea dintr-o tulburare la nivelul creierului. La începutul secolului trecut, deși importanța cauzelor predispozante constituționale și organice era cunoscută, emoțiile puternice au fost recunoscute drept cauze declanșatoare. Mai târziu, Charcot a accentuat importanța emoțiilor puternice la producerea isteriei la subiecții predispuși. El și-a bazat, în parte, afirmațiile pe observația, că la pacienții susceptibili, fenomene asemănătoare simptomelor isterice puteau fi induse prin hipnoză. El a crezut, de asemenea, că atacurile de isterie parcurgeau cu un șir de modificări caracteristice, dar s-a recunoscut ulterior, că aceste modificări rezultau din sugestia produsă de puternica personalitate a maestrului. Realizările școlii franceze au fost duse departe de unul din elevii lui Charcot, Pierre Janet, care a descris îngustarea câmpului conștiinței la pacienții cu isterie și a afirmat, că această îngustare poate fi răspunzătoare atât de sugestibilitatea, cât și de simptomele pacienților.

Teoriile psihanalitice despre isterie au început odată cu stagiul lui Freud la Charcot. S. Freud și-a dezvoltat ideile împreună cu Breuer în articolul „Despre mecanismele psihice ale fenomenelor isterice” (1893), iar în 1894 în articolul său „Neuropsihozele de apărare” folosește pentru prima dată termenul de „conversie isterică”, numind-o „salt miraculos al psihicului în somatic”. În monografia ulterioară „Studii despre isterie” (1895), Freud și Breuer spuneau: „istericii suferă mai mult de reminiscențe”, adică de efectele ideilor cu încărcătură emoțională, pătrunse și rămase în inconștient dintr-o anumită perioadă trecută. Aceasta era ideea centrală a teoriei celor doi. Simptomele erau explicate, ca reprezentând efectele combinate ale refulării și „conversiei” energiei psihice pe căi somatice, într-un mod care nu a fost niciodată în întregime explicat. Aceste idei au fost larg acceptate, în ciuda dificultăților de a le testa în mod direct.

Suferința trăită de isteric într-un simptom de conversie este citită ca un

UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"

BIBLIOTECA

echivalent al satisfacției unui orgasm și partea de corp ce constituie locul conversiei capătă valoarea unui organ sexual. Freud considera isterică fără ezitare orice persoană la care prilejul unei excitații sexuale provoacă un predominant sau exclusiv sentiment de dezgust, indiferent dacă această persoană este capabilă sau nu să producă simptome somatice. După M. Escade (1996) absența angoasei înseamnă reușita conversiei.

Teoria neurologică vorbește despre existența unor leziuni mezodiencefalice, responsabile de manifestările isterice, așa cum se observă în cursul tulburărilor psihice postencefalice (acestea prezentând unele analogii cu isteria).

Din cauza suprasolicității activității nervoase superioare, s-ar produce un dezechilibru funcțional, caracterizat prin tendința la inhibiție corticală, și dezinhibare subcorticală, și evidențiază un aspect de condiționare patogenă, cu tendința de repetiție a răspunsului în condiții evocatoare semnificative sau fixarea unui model de răspuns cu un anumit grad de generalizare a stimulilor declanșatori.

S-ar putea admite și posibilitatea interferenței dintre:

1. **factorii declanșatori:** psihotraume brutale sau încărcături emoționale persistente;
2. **factorii predispozanți,** inconstanți ca intensitate și incidență, reprezentați de:
 - a) particularități ale personalității premorbide;
 - b) fragilitatea terenului somatic;
 - c) existența anturajului favorabil, care provoacă, întreține, oferă modele pentru criză;
 - d) existența beneficiului secundar.

Din experiența tratamentului reacțiilor isterice acute pe timp de război, Kretschmer (1961) a sugerat, că acestea sunt reacții ale sistemului nervos la un stres excesiv. El a susținut că, în mod normal, aceste reacții dispar repede, dar că pot fi prelungite în 2 moduri. Întâi, ele pot fi cultivate în mod deliberat de către cineva, care vrea să obțină un avantaj de pe urma simptomelor, apoi, printr-un mecanism probabil neurologic, comportamentul frecvent repetat devine habitual (sau „alunecă pe un făgaș”), după expresia lui Kretschmer. Deși aceste idei nu au fost niciodată confirmate, ele diferă de alte teorii prin aceea, că atrag atenția asupra unei probabile combinații de cauze voluntare și involuntare la multe din cazurile de isterie.

Elementele esențiale ale acestui grup de tulburări sunt simptomele somatice, sugerând o tulburare somatică, pentru care nu există date organice

demonstrabile și pentru care există proba categorică, că simptomele sunt în legătură cu factori sau conflicte psihologice. Producerea simptomelor în tulburările somatice nu este intențională, adică persoana nu experimentează senzația de controlare a producerii simptomelor. Referitor la isterie, S. Freud a ajuns la concluzia, că ea este produsă de o tulburare a funcției sexuale. În 1895 el a postulat două tipuri de dereglare ce duc la tipuri separate de nevroză. Primul, efectele „toxice” directe ale funcției sexuale reprimite produc nevroză de angoasă și neurasterie (pe care el le-a numit „aktuel Neurose”); al doilea, efectele mentale ale funcției sexuale reprimite produc isterie, isterie de angoasă (agorafobie) și nevroză obsesivă. În scurt timp ideea acestei „aktuel Neurose” a fost abandonată și toate nevrozele au fost socotite ca având cauze psihologice sub forma unor amintiri reprimite despre evenimente perturbatoare. Încercările lui Freud de a scoate la lumină presupusele amintiri reprimite întâmpină rezistență din partea unor pacienți și această rezistență l-a condus la postularea unui proces activ, care menține amintirile în afara conștientului. El a numit acest proces refulare. Ulterior Freud a tras concluzia, că unele amintiri aparente nu erau evocări ale unor evenimente reale, ci fantasmе. Astfel simptomele nevrotice nu erau legate direct de evenimente reale, ci de fantasmе întruchipând dorințe și realitatea psihică era mai importantă decât realitatea materială (Freud, 1935).

După S. Freud, mecanismul care orientează libidoul refulat pe drumul spre descărcarea în crize isterice este la toată lumea, așa dar inclusiv la femeie, mecanismul reflex al actului sexual, pe care îl vedem limpede dăruindu-se neînfrânat activității sexuale. Criza spasmodică isterică este aceea care este echivalentă actului sexual.

În mare măsură, criza de isterie, ca și isteria în general, reinstituie la femeie o parte din activitatea sexuală care a existat în anii copilăriei, permițând atunci recunoașterea caracterului prin excelență masculin al acesteia. Adesea putem observa că tocmai fetele care până în anii pubertății se manifestă ștremgărește, după pubertate devin isterice. Într-o întreagă serie de cazuri nevroza isterică nu corespunde decât unei excesive reliefări a acelei impulsivități tipice a refulării, care prin eliminarea sexualității masculine lasă să se nască femeia.

Tulburarea conversivă se caracterizează prin unul sau câteva simptome neurologice, legate de conflict psihologic sau de o necesitate psihologică, și nu de reacțiile somatice, neurologice sau de abuz de substanțe psihoactive.

Conversia reprezintă transformarea tulburărilor emoționale în echivalente motorii, senzorii și vegetative.

Durata tulburării e de cel puțin 6 luni. Există o legătură strânsă în timp

între simptom și stres sau intensitatea trăirilor emoționale.

Morbiditatea – 10% din toți bolnavii spitalizați și 5-15% din toți pacienții ambulatorii cu tulburări mentale și de comportament.

Etatea – de obicei începutul maturității, dar nu se exclude apariția tulburărilor și mai târziu.

Raportul bărbați / femei = 1:2

Factori etiologici psihologici

1. Manifestarea conflictului psihologic refulat inconștient.
2. Manifestări premorbide ale personalității sub formă de izolare sau demonstrativitate.
3. Impulsul sexual sau agresiv inacceptabil pentru personalitate ia forma unui simptom.
4. Identificarea în unul din membrii familiei care a prezentat cândva o boală reală cu aceleași simptome.

În psihodinamică se observă:

- a) Simptomul „la belle indifference” – indiferența față de boala sa într-adevăr serioasă la unii din pacienți.
- b) Tendința de a diminua nivelul anxietății cu ajutorul reprimării dorinței inacceptabile. Simptomul are o semnificație simbolică: ex. paralizia mâinii exclude manifestarea impulsului agresiv.
- c) Beneficiul care poate fi obținut din boală, de exemplu, eschivarea de la lucru, posibilitatea de a fi întreținut de familie. La pacient, de regulă, lipsește conștientizarea adecvată a situației create.

Simptomatologia tulburărilor de conversie îmbracă forme diferite:

I. Manifestări paroxistice:

- marea criză isterică sau criza lui Charcot se manifestă prin prodrome (bulă isterică, constricție toracică, palpitații, întunecarea vederii), faze pseudoepileptice (pierdere de conștiință brutală, cu cădere, în general amortizată, faza tonică – cu opistotonus, faza clonică și faza de rezoluție musculară), faza de recuperare (gestică intensă și incoordonată, clownerism, verbalizarea fantasmelor, declarații pasionale față de unele persoane din anturaj);
- mica criză isterică cu aspect „sincopal”, tetaniform, de amnezie paroxistică și de atac cataleptic (somm isteric);

Aceste crize ar putea fi caracterizate prin „patru prezențe și patru absențe”:

- „prezența”: repetiției, psihogenezei, atipiei, reversibilității;
- „absența”: căderii brutale, mușcării limbii, pierderii urinei, semnelor EEG.

II. Manifestări durabile:

- atipii motorii: paralizii, contracturi și spasme musculare, crize de căscat, strănut, sughiț, disfagie, retenție de urină, tremurături;
- atipii senzitive: anestezii, algii, hiper- sau hipoestezii;
- tulburări sensoriale (cecitate, surditate, etc.);
- tulburări viscero-vegetative (spasme esofagiene, bulă isterică, grețuri, vărsături, retenție urinară, vaginism, glob vezical, inapetență, constipație, balonări, tahicardie, excitații tensionale, vertij, crize de astm, dismenoree, hipertermie).

Analiza datelor din literatură indică păreri diverse și contradictorii despre dinamica tulburărilor de conversie. Un șir de autori recunosc isteria ca fiind o afecțiune incurabilă. Alții atrag atenția asupra „sensibilizării psihicului” referitor la situațiile psihotraumatizante, subliniind faptul, că tulburările nevrotice isterice au tendința la recidivă atunci când există deja un drum bătătorit.

Unii autori caracterizează nevrozele persistente drept tulburări cu o simptomatologie nevrotică polimorfă, cu reacții afective și particularități patocaracterologice deja constituite în privința personalității. În cazul lor are loc o „detașare” a simptomatologiei nevrotice de momentele cauzatoare inițiale psihotraumatizante, o pierdere de către nevroză a specialității sale calitative. În descrițiile sale clinice ale acestor forme se subliniază adeseori apariția în simptomatologia altor radicali decât forma finală a nevrozei.

În tabloul clinic al **tulburărilor de conversie persistente** se formează anumite corelații între tulburările emoțional afective, fobii, astenii, manifestări hipocondriace. În cazul isteriei persistente deosebit de caracteristică este dezvoltarea sindromului hipocondriac (cu amplificarea tendinței de autosugestie negativă, egocentrism, solicitarea unei atenții deosebite etc.) și a manifestărilor anxios-fobice (fobii și temeri hipocondriace). Tematica fricii se poate schimba și în mare măsură este determinată de caracterul tulburărilor viscero-vegetative. Intensitatea și conținutul ei păstrează o anumită legătură cu situația existențială a bolnavului. În asemenea cazuri predomină nosofobiile cu tendința către hipocondrie.

Nevroza isterică persistentă apare sub acțiunea psihotraumelor prelungite

pe fondul trăsăturilor accentuate ale caracterului și bolilor asociate, în tabloul clinic al căreia predomină simptomatologie anxios-fobică, hipocondriacă și depresivă, combinată cu tulburări isterice, care au pierdut din intensitate și devenite inexprsive, estompeate, fiind în același timp stabile și persistente.

O importanță deosebită se acordă aici atât particularităților psihopatice ale subiectului, cât și trăsăturilor accentuate. Formarea trăsăturilor accentuate și patologice ale caracterului este legată de particularitățile copilăriei și pubertății. Condițiile vieții în copilărie, traumatizarea psihică, metodele antipedagogice joacă un rol important în geneza tulburărilor psihogene și evoluția ulterioară nefavorabilă a lor la persoană adultă.

Particularitățile situațiilor psihotraumatizante, durata lor și caracterul dificil al rezolvării lor în cazul unor anumite personalități prezintă o mare importanță în apariția formelor persistente ale tulburărilor psihogene, ca una din formele particulare a stării finale a nevrozei.

Prezența unor situații complexe, greu de rezolvat, imposibilitatea pentru bolnav de a ieși din ele, favorizează existența simptomatologiei nevrotice și complexificarea dinamicii ei. Cu cât este mai înalt gradul de implicare a personalității în conflictul psihologic și mai plin de semnificație caracterul situațiilor psihotraumatizante, cu atât este crescută probabilitatea trecerii nevrozei într-o evoluție prelungită.

În geneza dinamicii nefavorabile a simptomatologiei nevrotice isterice se acordă o mare importanță mecanismelor sensibilizării psihicului față de diferite influențe neprielnice din mediul extern, survenite ca rezultat al unor traumatizări psihice de lungă durată și adeseori cu caracter repetat. Mecanismul de „intricare și însumare” la formarea reacțiilor și dezvoltărilor psihopatice, se poate folosi întru totul și în cazul nevrozei. Totodată, accentuarea simptomatologiei nevrotice sau depistarea ei repetată în perioada de decompensare poate fi favorizată de anumiți factori, neînsemnați după intensitate, dar apropiați după conținut de cei „incipienți”.

La etapele inițiale ale nevrozei isterice persistente manifestările nevrotice sunt legate de psihotraume, ca ulterior această legătură să se piardă treptat și simptomele isterice apar spontan, fără motive exogene evidente atât pentru cei din jur, cât și pentru înșiși pacientul. O astfel de pierdere a legăturii corelative a simptomelor cu factorii psihogeni demonstrează trecerea nevrozei isterice în evoluție persistentă. În accesele propriu-zise o pondere tot mai semnificativă o au tulburările vegetative, dar nu și cele afective și motorii. Deplasarea accentului către latura somatică (vegetativă) pare a fi de asemenea un simptom de nevroză

isterică persistentă.

Deopotrivă cu tulburările paroxistice la subiecți se observă asemenea simptome, precum schimbarea sensibilității sub forma apariției de hipoestezii isterice, parestezii, dureri isterice, modificarea vocii. Caracteristic pentru nevroza isterică persistentă este, de asemenea, apariția tulburărilor emoționale stabile sub formă de dispoziție scăzută, irascibilitate, nemulțămire față de cei din jur, plâns facil.

Nevroza isterică are o evoluție prelungită la prezența unei psihotraumatizări persistente, greu de rezolvat și la o necorespondere între cerințele vieții și posibilitățile personalității.

În majoritatea cazurilor trăirile patologice au fost legate de instabilitatea vieții personale (lipsa soțului, nepotrivirea psihologică a soților, dizarmonia sexuală) și frământările, legate de activitatea profesională (conflictele cu colegii de muncă și cu conducerile instituțiilor și întreprinderilor, licențierea din serviciu, insatisfacțiile profesionale) și, în sfârșit, caracterul insolubil al problemelor material-existențiale (conflicte existențiale, lipsa spațiului locativ, salariu insuficient).

În majoritatea cazurilor acțiunile psihotraumatizante se distingeau nu atât prin intensitate, cât prin durată semnificativă.

Tabloul clinic al nevrozei isterice persistente, de obicei, nu reflectă trauma psihică inițială, practic nu depinde de forța ei și este slab legată de acțiunea factorilor exo- și endogeni. Soluționarea și atenuarea situației psihotraumatizante influențează puțin sau practic deloc la ameliorarea stării acestor bolnavi. Manifestările clinice ale bolii se detașează de la momentele psihogene. Simptomele psihopatologice și somato-vegetative își pierd din intensitate, îmbracă un caracter șters, puțin pronunțat. Totodată, aceste simptome prezintă un caracter foarte stabil puțin influențat și total.

Observațiile arată, că evoluția prelungită a nevrozei isterice este menținută de situații psihotraumatizante, boli somatice cronice, deficiență cerebrală organică (traume craniene, neuroinfecții). Se observă o sensibilitate deosebită a personalității la influențe nefavorabile din mediul extern, răspunsul la care este reîntoarcerea.

Agravarea stării acestor pacienți apare deseori sub acțiunea factorilor „neutrali”, care nu prezintă semnificație patogenă (frământări, jigniri nesemnificative, griji cotidiene, conflicte neînsemnate). Dinamica nevrozei isterice la acești subiecți se caracterizează prin perioade de compensări relative.

Și astenia se prezintă destul de manifestă. Ea se caracterizează prin

stabilitate, acuze somatice și astenice variate: fatigabilitate rapidă, senzație de oboseală permanentă, irascibilitate crescută, insomnie etc.

Analiza datelor anamnestică ale subiecților cu nevroză isterică persistentă a arătat, că la o parte din ei în copilărie au avut loc stigme isterice, precum disfonii, bâlbâieli, tuse, vărsături, hemipareze, manifestări coreice. Iar în perioada pubertară a fost caracteristică senzația lipsei de aer, „nod” în gât. De obicei, aceste schimbări apăreau în situații conflictuale la persoane cu trăsături de infantilism psihic.

Ce e drept, la subiecții cu această variantă a dinamicii în copilărie și în pubertate se observă numai unele simptome isterice, care, însă, nu prezentau un tablou clinic integru.

Analiza minuțioasă a anamnezei acestor personalități a arătat, că de acuma din primii ani de viață la ei se observa predispunerea către boli respiratorii în copilărie, diferite afecțiuni somatice grave, care decurgeau cu o intoxicație. Toți acești factori nocivi pregăteau terenul pentru declanșarea simptomatologiei isterice.

În anamneză la mulți pacienți se observau tulburări variate de scurtă durată în formă de accese de palpitații, amețeli, paretezii, tulburări de somn, care apăreau sub acțiunea emoțiilor negative, de asemenea, a surmenajului fizic și a factorilor exogeni nocivi.

Examinarea somatică a subiecților cu nevroză isterică persistentă, de obicei, a depistat la ei prezența patologiei somatice variate, de regulă, cronică: gastrite, colecistite, hepatite, anexite, cistite.

Cercetarea stării neurologice a pacienților a evidențiat la ei simptome neurologice variate puțin manifeste: asimetrie ușoară a feței, slăbirea convergenței, atenuarea reflexelor osteo-tendinoase, modificări ale reacțiilor vasculare cutanate.

Urmărirea în dinamică a particularităților susmenționate ale stării neurologice și corelarea lor cu datele examinărilor paraclinice (radiografii craniene, ecoencefalografii, electroencefalografii, examenul fundului ocular, reoencefalografii) au pledat, de obicei, în favoarea lipsei la asemenea subiecți a tulburărilor organice cu caracter procesual și a permis, totodată, aprecierea lor ca fiind manifestări reziduale minore ale unei leziuni cerebrale anterioare.

La această etapă pacienții sunt înclinați spre protejarea sa de eforturi fizice și mintale. Trecutul este examinat prin prisma căutărilor de anumite greșeli, care puteau, după opinia lor, să contribuie la dezvoltarea bolii. Se semnalează o atitudine negativă către viitor, scepticism la intervențiile medicale, slăbește încrederea în medici și în succesul tratamentului.

Nevroza isterică persistentă se manifestă sub formă a trei variante: anxios-fobică, hipocondriacă și depresivă.

O importanță hotărâtoare în dezvoltarea variantei anxios-fobice are deficiența organică cerebrală asociată cu psihotraume prelungite și trăsături psihastenice accentuate ale personalității sub formă de lipsă de hotărâre, anxietate bănuitoare, pedantism, hipersensitivitate, susceptibilitate crescută. Temerile unor asemenea persoane s-au găsit a fi orientate în întregime către viitor, în timp ce pericolele și nenorocirile reale deja petrecute îi impresionau mult mai puțin.

În perioadele de criză din punct de vedere clinic se evidențiază trăiri manifest anxioase, neîncredere în sine, frică cu privire la propria sănătate. Subiecții prezintă, de asemenea, acuze de accelerare a ritmului cardiac, dureri la compresiune în regiunea inimii, frică, că vor adormi și nu se vor trezi. Ei se tem să călătorească în mijloace de transport public („îmi va fi rău”) sau de a rămâne singur în locuință ca însoțitor de copii, deoarece nu l-ar putea ajuta, cât și să traverseze străzile. În timpul unor stări minore de neliniște apar senzații de amorțeală a mâinilor, picioarelor, a întregului corp, senzație de cădere în prăpastie, dureri cu caracter constrictiv în regiunea inimii, senzație de grețuri, vome, tremor al mâinilor și picioarelor, idem senzațiile de spasme puternice în gât.

Comportamentul subiecților se caracterizează prin tendința de a atrage atenția celor din jur asupra lor, lucru realizat în bună parte printr-o simptomatologie nevrotică zgomotoasă. Tulburările vegetative și emoționale sunt însoțite de o mimică expresivă și gesticulații. Este observată o disociere între descrierea de subiecți înșiși a gravității stării lor și influența crizelor emoțional-vegetative asupra stereotipului comportamental, în deosebi în perioada de crize.

Deseori după accese subiecții trăiesc un sentiment de ușurare, „descărcare”.

Accesele sunt legate nu atât de reprezentarea subiecților despre posibilele consecințe grave, cât de reacțiile celor din jur la prezența acestor accese. Aceste manifestări se diferențiază prin expresivitate, instabilitate, comportament demonstrativ.

Asemenea crize conversive se caracterizează prin aceea, că în structura lor se observă manifestări neurologice de factură funcțională – slăbiciuni în mâini, fie la jumătate de corp, amorțeli, pierderea sensibilității, convulsii în membre, încovoierea corpului etc.

Tabloul clinic al acestor accese sugerează similitudini cu atacurile de panică. Dar, spre deosebire de crizele conversive, atacurile de panică durează,

de regulă, câteva minute, sau, mai rar, câteva ore. Cel puțin în perioada inițială, atacurile survin imediat, pe neașteptate, înainte de, sau la expunerea la o situație care aproape întotdeauna cauzează anxietate. De asemenea, ele nu sunt declanșate de situațiile în care persoana se află în centrul atenției altora.

Atacurile de panică încep, de regulă, cu un debut brusc, dominat de neliniște, frică, evaluând la stări de teroare intensă. Adeseori apare și o senzație de moarte iminentă. În timpul celor mai multe atacuri de panică există mai mult de 6 simptome asociate (senzații de scurtare a respirației (dispnee) sau de sufocare; amețală; senzații de dezichilibru sau de leșin; palpitații sau ritm cardiac accelerat (tahicardie); tremurături; transpirație; senzație de strangulare etc.).

Existența unei simptomatologii persistente și manifeste, creează necesitatea diferențierii de manifestări similare din *schizofrenie*.

Simptomatologia nevrozei isterice nu prezintă acel caracter grotesc, care se întâlnește la bolnavii de schizofrenie. Se semnalează, îndeosebi, o corespondență între intensitatea și semnificația psihotraumatismelor și gradul de manifestare și durată a bolii. La bolnavii de schizofrenie, dimpotrivă, de obicei, manifestările sunt dominate de monotonie a emoțiilor, răceală afectivă, se asociază bizarerii în atitudini. Simptomatologia nevrotică în schizofrenie se manifestă constant într-un mod „șablon”. Fobiile din schizofrenie, spre deosebire de cele din nevroza isterică, sunt nemotivate, străine de situație, deseori cu un conținut metafizic. De obicei, ele se amplifică și, la cele anterioare, se adaugă frici noi, nefundamentate, sentimente de însingurare, moarte, ieșire din minți.

O importanță hotărâtoare în dezvoltarea *variantei hipochondriace*, o au asocierea accentuării asteno-nevrotice și a unor factori nocivi (somatici și organici cerebrali) în perioada premorbidă. Toți acești subiecți în perioada de până la îmbolnăvire au prezentat fatigabilitate crescută, irascibilitate cu tendință spre hipochondrie. Fatigabilitatea se asociază, de obicei, la solicitări intelectuale. Eforturile fizice moderate au fost suportate mai ușor. Irascibilitatea survenită fără o cauză semnificativă s-a revărsat cu ușurință asupra celor din jur, uneori asupra unor persoane alese la întâmplare. La fel de ușor se schimba cu regrete. Aceste persoane au dat o atenție particulară propriilor senzații corporale, fiind dominate în permanență de preocupări de propria lor sănătate.

Subiecții prezintă o mulțime de acuze hipochondriace: senzații de furnicături în regiunea piloasă a capului, amețeli, zgomote, vâjâituri în urechi, nesiguranță în mers. Ei se plâng de senzații de acru, amar în gură, eructație, arsuri la stomac, dureri sub formă de junghiuri sau cefalee sub formă de arsuri și fierbințeli, senzație de „pritocire” a lichidelor în abdomen etc.

În caz de solicitare de asistență medicală, ei sunt interesați, de obicei, să-și cunoască diagnosticul, incriminându-și existența unei boli grave. Utilizează cu ușurință termeni medicali, de regulă, ascultă cu dificultate medicii, întrerupându-i cu intervențiile lor, uneori nefiind de acord cu părerea acestora, căutând să-și impună propria lor părere despre boală.

Subiecții, în timp ce-și prezintă suferințele, se străduiesc să redea în detaliu ceea ce ei simt, realizând în acest fel uitarea cu ușurință a bolii, ca și cum aceste senzații ar fi încetat să-i mai chinuie.

În general, simptomatologia este puțin diferențiată, amorfă. Subiecții, de regulă, nu pot să-și lege suferințele lor de un anumit organ intern, socotind că prezintă o boală gravă, necunoscută, legate de care și-au fixat anumite modificări de dispoziție.

În afară de aceasta în tabloul clinic se observă detalierea senzațiilor morbide susnumite și o prezentare cu manifestări demonstrative.

O importanță hotărâtoare în dezvoltarea variantei depresive a nevrozei isterice persistente are fondul preexistent de tip accentuat labil-emoțional al personalității, caracterul variabil și oscilant al timiei. Asociat acestora au semnificație morbidă psihotraumele persistente. La acești pacienți modificările dispoziției au loc foarte frecvent din motivele lipsite de semnificație.

Subiecții se plâng de somnolență, oboseală, apatie, senzație de o neputință generală, scăderea pronunțată a puterilor. Fondul timiei la ei este scăzut și într-un anumit grad cu reacții rigide față de diverse influențe situaționale. Conținutul întregii vieți emoționale a bolnavilor se schimbă de o factură manifestă în direcția predominanței la ei a emoțiilor negative. Pe ei n-i bucură nimic, ei nu resimt nici o satisfacție, nici o mulțumire, tratând supradimensionat orice eveniment nesemnificativ. Chiar atunci, când prezintă o ameliorare evidentă a stării lor, ei manifestă, totuși, o atitudine sceptică față de orice perspectivă, socotind-o aceasta „temporară” și „instabilă”, găsimu-și un șir de argumente, care să indice „gravitatea” lor.

Subiecții declară, că s-au schimbat de o factură semnificativă, că nu au nici o dorință de a se adresa la cei din jur, se plâng, apreciindu-se pe sine, că par a fi într-o stare mai proastă decât ceilalți. Trecutul ei îl privesc din planul scoaterii la iveală a greșelilor și faptelor negative, trăind într-o permanentă neliniște și stare de apăsare.

Asociat celor de mai sus, subiecții plâng în mod demonstrativ, solicită

compasiune și participare afectivă a celor din jur, fiind pretențioși și capricioși. Ei subliniază, că sunt copleșiți de tristețe, dar imediat intră în discuție plini de satisfacție, reacționând la glume, dând atenție propriei vestimentații.

TRATAMENTUL

Deoarece pacienții permanent acuză careva simptome, este destul de greu de a-i liniști, de a-i convinge, că manifestările lor sunt legate de factorii psihici – într-un cuvânt – pentru medici ei, deseori, sunt insuportabili. La acești pacienți apare natural o repulsie, câteodată greu de ascuns – și în rezultat – continuă umblarea permanentă a bolnavului în căutarea „medicului bun”. Psihiatrul trebuie să obțină încrederea pacientului și să stabilească cu el relații stabile. În conversațiile cu bolnavul este necesar, pe de o parte, să recunoască boala sa ca destul de gravă, iar pe de altă parte – de a transfera permanent discuția despre manifestările morbide asupra lucrului, vieții personale, relațiile cu oamenii.

Terapia tulburărilor conversive propriu-zise este orientată către înlăturarea acestor manifestări. Ea este mai eficace, dacă aceste tulburări s-au dezvoltat nu demult. Sunt eficace, pe de altă parte, hipnoza și narcopsihoterapia, și pe de altă parte – deplasarea atenției și gândurilor pacientului asupra cauzelor lor. Dacă sunt depistați factorii predispozanți și favorizanți, atunci ei trebuie, după posibilități, să fie îndepărtați, iar bolnavilor să-i ajutăm să reziste.

Terapia, orientată la formarea autoaprecierii adecvate, permite pacienților să înțeleagă conflictele intrapsihice, care stau la originea simptomelor. Pacienții trebuie să învețe să recunoască impulsurile sale sexuale și agresive și să nu folosească conversiunea pentru apărare.

Terapia comportamentală se folosește pentru atingerea relaxării și îndepărtarea sau excluderea necesității în reducerea artificială a simptomelor. Hipnoza și convingerea sunt eficace în situații simple.

Nu trebuie învinuiți pacienții în faptul, că ei au încercat să atragă atenția, sau că ei își doresc ameliorarea.

Narcoanaliza uneori înlătură simptomele.

Tratamentele medicamentoase se prescriu corelat celor mai importante simptome.

Terapia tonică generală include prescripția medicamentelor pentru ameliorarea stării generale fizice a subiecților: Phytin 0,25 × 3 ori, calciu glicerofosfat 0,2 × 3 ori, lipocerebrin 0,15 × 3 ori, glucoză 10% - 20,0 în combinație cu vitamina „C” 5,0 i.v., insulină, doze mici – 18-20 un., vitamine B₁, B₆ 2,0 i.m. № 10 peste 1 zi.

La subiecți cu stări de tensiune emoțională, anxietate, irascibilitate și temeri se prescrie Seduxen până la 20 mg/zi, Phenazepam 2-3 mg/zi, Elenium 40-60 mg/zi, meproamat 1,5-2,5 mg/zi, Nozepam 30 mg/zi.

În caz de simptomatologie anxios-fobică pronunțată s-a dovedit a fi eficace administrarea parenterală de Relanium 20 mg, precum și Frenolon 20-30 mg/zi, Sonapax 50-75 mg/zi.

În simptomatologia hipocondriacă se prescrie Phenazepam 2-3 mg/zi, Sibazon 20 mg/zi, Melipramin 50-150 mg/zi, Sidnocarb 10-15 mg/zi, Sidnophen 15-25 mg/zi, precum și Aminalon 50-75 mg/zi, Piriditol 0,3-0,4 g/zi, Pantogam 1,5-2,5 g/zi, Piracetam 0,6-1,2 g/zi. Toți bolnavii trebuie implicați în mod treptat în ergoterapie, procedee din domeniul culturii fizice medicale și la proceduri fizioterapeutice. În cazul sindromului hipocondriac sever se dovedește a fi eficace administrarea de Amitriptilină 70-100 mg i.v, apoi i.m., precum și Sibazon 20 mg/zi, Mezapam 30 mg/zi.

În cazul simptomatologiei depresive se prescrie Amitriptilina până la 150-225 mg sau Ludiomil 125-200 mg/zi; în alte cazuri Azaphen 100-150 mg/zi, Triphthizol până la 50 mg/zi, Miansan până la 30 mg/zi, Mezapam 30 mg/zi, Sidnocarb 20-30 mg/zi, Sonapax 75 mg/zi.

În simptomatologia astenică în caz de predominare a manifestărilor hiperstenice se folosește tinctura de valeriană, tinctura Convalariae, precum și Sonopax 50 mg/zi. În hipostenie – tinctura Panux Ginseng, Schizandra chinesis, Eleuterococcus senticosus, precum și Sidnocarb 10-20 mg/zi.

În tulburările vegetative se utilizează acidul nicotinic, preparate de beladonă, Grandaxin, fizioterapie. Luând în considerație apariția paroxismală a tulburărilor vasculo-vegetative se folosește cu succes Finlepsina $0,2 \times 3$ ori/zi.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Recapitulând putem afirma, că pentru simptomele converșive sunt caracteristice următoarele: absența unui substrat organic, absența angoasei (se descrie „la belle indifference”) a bolnavului față de simptome, semnificația lor simbolică. Anxietatea pe care afectele refulate ar provoca-o, dacă ar accede la instanțele conștientului, își găsește o supapă de expresie pe calea simbolică corporală. Apariția simptomului conversiv, în cazul unui conflict în care boala somatică anulează responsabilitatea subiectului, este unul din mecanismele cele mai simple prin care finalitatea inconștientă a conversiei se evidențiază. Alte mecanisme mai complexe pot fi satisfacerea unei dorințe masochiste prin dorința de autopedepsire, refugiul narcisiac oferit unor subiecți de condiția de boală, nevoia de afecțiune și atenție din partea anturajului, pe care o satisface cu ajutorul bolii, etc. Dacă condiția de bolnav, ca mecanism de apărare a Eului, eruperea angoasei, poate fi admisă ca fiind generată de motivații inconștiente, alegerea simbolică a organului-țintă este mai greu de identificat. Teoria psihanalitică susține, că o investigație atentă duce întotdeauna la o interpretare corectă. Cazul medicinei psihosomatice, în care pare evidentă imposibilitatea delimitării polului direct al traumelor afective de cel al conflictelor inconștiente, îndreptățește această rezervă.

După S. Freud „Isteria se comportă în paralizii și în alte manifestări ale sale ca și cum anatomia n-ar exista, sau ca și cum ea n-ar cunoaște-o deloc”.

Paraliziile. Pacienții pierd capacitatea de a mișca integral sau parțial un membru sau membrele. Freud numește aceste paralizii „paralizii de reprezentare”, spre deosebire de cele organice, numite „paralizii de proiecție”. Paraliza poate fi completă sau parțială cu mișcări care sunt slabe și lente. Aceste manifestări converșive nu sunt stabile, aici lipsesc reflexele patologice, de exemplu simptomul Babinski, de asemenea, clonusul, rigiditatea tip „roată dințată”.

Ataxia. Grade variate de necoordonare pot fi evidente, mai ales la membrele inferioare, purtând un caracter bizar. Pacientul își târâie piciorul, în lipsa mișcărilor circulare.

Astazia – abazia se manifestă prin incapacitatea de a sta nesprijinit, de asemenea prin mers instabil. Cu toate acestea pacientul nu cade și nu se lovește.

Orbirea. Pierderea vederii este rareori totală. Mai ales aceste tulburări sunt mai adesea o pierdere a acuității sau o estompare generală a vederii. Pacienții acuză diplopie monoculară, triplopie și vedere „prin tunel”. În orbirea neurologică reacția pupilelor la lumină lipsește. În cazul orbirii propriu-zise mișcările de urmărire a ochilor lipsesc. În perioada de pierdere a vederii, mobilitatea generală a pacientului și performanțele în activitățile de zi cu zi sunt adesea surprinzător de bine



păstrată. De asemenea, pacienții, de exemplu, evită să se lovească de mobilier.

Surditatea. Un zgomot puternic îi poate trezi. Se observă modificarea reacției la excitanți auditivi. Și în general este mult mai rară, în comparație cu pierderea vederii.

Durerea deseori este localizată în regiunea capului, feței, spatelui și abdomenului.

În cazul administrării i.v. a 100-150 mg Amital gravitatea simptomelor scade, iar în cazul afoniei pacienții ar putea începe a vorbi.

Convulsiile. Ele pot mima atacurile epileptice, foarte asemănătoare în termeni de mișcare, dar totuși tipul de mișcări este haotic și nu regulat și stereotip. În aceste convulsii mușcarea limbii, echimoze serioase datorate căderii și incontinența urinară sunt rare, iar pierderea cunoștinței este absentă sau înlocuită cu o stare de stupor sau transă.

Anesteziile. Prezintă margini ce arată clar, că ele sunt asociate cu ideile pacientului privind funcțiile corpului, mai degrabă decât cunoștințele medicale. Pierderea funcției sensoriale poate fi acompaniată de acuze de paretezii.

RECOMANDĂRI

Tulburările conversive sunt o variantă a tulburărilor somatice, în care motivările inconștiente duc la dereglări ale mișcării, senzației. În aceste tulburări există o pierdere sau o alterare în funcționarea mișcărilor sau a senzațiilor (de obicei, cutanate). Ele sunt modificate, astfel că pacientul apare ca având o tulburare somatică, dar nu poate fi găsită nici una care să explice simptomele. Acestea pot fi adesea apreciate ca reprezentând conceptul pacientului despre tulburarea somatică, care poate fi diferită de principiile fiziologice sau anatomice. În plus, stabilirea stării mentale a pacientului și situația socială sugerează de obicei că în capacitatea ce rezultă din pierderea funcțiilor îl ajută pe pacient să scape de un conflict neplăcut sau să exprime indirect o dependență sau un resentiment. Deși problemele sau conflictele pot fi evidente altora, pacientul neagă adesea prezența lor și atribuie orice suferință simptomelor sau incapacității rezultante.

Din tulburări ale mișcării fac parte, de exemplu: abazia, tremorul, paralizile, slăbiciunea, afonia; din tulburări ale senzației: hiposteziia (de obicei senzație de amorțeală); hiperesteziia (senzația de arsuri în regiunea capului sau a stomacului); orbirea, îngustarea câmpului de vedere „ca în tunel”, surditate. Sunt posibile convulsiile și vărsăturile. Este caracteristic debutul brusc („M-am trezit și n-am putut să mișc din mâna dreaptă”). Este important faptul, că în cazul examinării obiective nu există semne neurologice (afecțiunea unui anumit grup de mușchi sau a unei regiuni de inervare a dermatomului, micșorarea sensibilității tip „mănuși sau ciorapi”). Încă un simptom al tulburărilor conversive – legătura între acutizare și stres sau altor emoții puternice (din spusele bolnavului sau a celor din jur). Tulburările apărute brusc permit pacientului să evite situația complicată și să obțină ajutor și îngrijire.

Tot timpul se observă motivarea subconștientă (de exemplu – teama de manifestare a agresiunii), sau beneficiul (de exemplu – posibilitatea manipulării cu cei din jur). Deseori, însă, tendințele subconștiente pot fi foarte complicate și înțelegerea rolului lor în boală poate fi posibilă numai după o analiză minuțioasă. Unii consideră dereglările în tulburările de conversie ca semnale, cu ajutorul cărora inconștientul încearcă să povestească despre procesele psihice interioare.

Tulburările conversive pot fi condiționate de o reacție emoțională puternică la o boală somatică și de aceea, astfel de boli este de dorit de a le depista și ulterior de a le trata în primul rând. Însă în cazul tulburărilor somatoforme, uneori aceasta este deosebit de greu: cercetările paraclinice (TC, RMN) pot fi

„îndrăgite” atât de tare de bolnav, încât el va începe activ să schimbe medicii în căutărilor sale de metode tot mai complicate de diagnostic.

Isteria este o boală psihică caracterizată prin semne și simptome (în absența patologiei organice), care se produc inconștient (astfel isteria este diferită de simulare sau minciună).

Pentru a decide dacă manifestările sunt isterice, trebuie să ne punem următoarele întrebări:

- A fost evaluată atent o cauză fizică?
- Pacientul este tânăr? Să ne ferim să stabilim primul diagnostic în cazul în care pacientul are mai mult de 40 ani.
- Au fost simptomele cauzate de stres?

Întrebăm familia.

- Există profituri secundare? Adică merită să perpetueze simptomele?
- „Frumoasa indiferență”

Majoritatea reacțiilor de conversie isterice dispar spontan, dar dacă aceasta nu se produce, pacientul trebuie trimis de urgență la un medic psihiatru înainte ca manifestările isterice să devină curente. Poate apărea nevroza isterică epidemică, în care întreaga continuitate devine implicată, dar ea debutează la membrii cei mai influențabili.

Gradul de incapacitate ce rezultă din toate tipurile de simptome poate varia de la moment la moment, depinzând de numărul și tipul altor persoane prezente și de starea emoțională a pacientului. Cu alte cuvinte, poate fi prezent în plus, față de un nucleu central și invariabil de pierdere a motilității sau a sensibilității care nu e sub control voluntar, și o creștere variabilă a comportamentului captativ de atenție.

Sunt găsite, de obicei, anormalități premorbide ale relațiilor personale și personalității, iar rude apropiate și prieteni pot suferi de boli somatice cu simptome asemănătoare cu cele ale pacientului. Adesea sunt văzute la adolescenți, mai ales la fete, varietăți ușoare și trecătoare ale acestor tulburări, dar cazuri cu durată mai mare prezintă, de obicei, adulții tineri.

La apariția bruscă a tulburărilor de conversie, care sunt legate slab de personalitate, se ajunge la rezultate terapeutice mai bune, comparativ cu cele, care se notează la stările nevrotice lente și de lungă durată, asociate cu implicarea în tulburări nevrotice a celor ale personalității.

Se acordă un rol deosebit evitării acțiunilor psihotraumatizante, luptei cu infecțiile cronice, intoxicațiile, traumele cerebrale, afecțiunile somatice;

normalizării regimului de muncă și odihnă, educației corecte a copilului.

O atenție primordială se acordă profilaxiei iatrogenilor. Medicul trebuie să evite tot, ce poate duce la apariția la bolnavi a imaginației despre existența unei boli grave. Este de dorit de a izola pacienții cu o evoluție gravă a bolii de cea ușoară.

Spitalizarea repetată a bolnavilor este bine de evitat, deoarece cu fiecare internare rezultatele tratamentului devin tot mai slabe.

Așadar, tratamentul tulburărilor de conversie presupune folosirea unui complex de intervenții. O importanță deosebită trebuie acordată măsurilor psihoigienice, care duc la îndepărtarea factorilor psihotraumatizanți și la ameliorarea relațiilor microsociale, restructurării orientării personalității, care permite de a corela posibilitățile ei cu cerințele ambiantei. Supravegherea activă în condiții de dispensar ar permite să fie depistați factorii, care cronicizează aceste tulburări și înlăturarea lor ar contribui la o evoluție favorabilă a lor.

BIBLIOGRAFIE :

1. ICD – 10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic. Editura ALL. București 1998.
2. Oprea N. ș. a. Psihoterapia tulburărilor de conversie. Coordonate prospective în psihiatria actuală. Pag 162 - 165. Iași 1998.
3. Nacu A., Nacu A. Psihiatrie judiciară. Chișinău , 1997.
4. Rândașu S. Psihiatrie . Cluj-Napoca , 1997.
5. Escande M. L'hysterie aujourd'hui. De la clinique a la psychotherapie, Paris, Massou 1996.
6. Oprea N. ș. a. Considerațiuni clinico-trapeutice în nevroza isterică. Buletin de psihiatrie integrativă. Vol. 2 nr. 2 pag 281 - 286 Iași 1996.
7. Iamandescu J.B. Manual de psihologie medicală . București : Infomedica , 1995.
8. Jeican R. Psihiatrie :Semne ,simptome , sindroame .Ed. a 2-a. Rev. F.I. Casa cărții de știință , 1995.
9. Oprea N. ș a Psihologie generală și medicală. Conspecte și note de curs pentru studenții Universității de Medicină. III părți. Chișinău Știința 1993.
10. Laplanche J., Pontalis J.-B. Vocabularul psihanalizei. Humanitas. București 1994.
11. Tratat de psihiatrie Oxford . Ediția II-a. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România și Geneva Initiative on Psychiatry. București 1994.
12. Manual pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mentale. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România. București 1993.
13. Клиническая психиатрия .Руководство для врачей и студентов. Пер.с англ. / Гл.ред. Т.В.Дмитриева .М.ГЭОТАР,1998.
14. Психиатрия. Под ред. Р.Шейдера 2 изд. Практика. 1998.
15. Коркина М.В. и др. Психиатрия . М. Медицина., 1995.