

Clinica medicală Nr. II. (Cond.: Prof. Horváth Endre)

## IN APĂRAREA BOLNAVULUI NEVROTIC

*Hirsch Alice*

Bolnavul nevrotic e copilul vitreg al medicilor. Unii medici îl privesc cu un oarecare resentiment, cred că-și pierd în zadar timpul prețios pe care l-ar putea consacra „adevăraților bolnavi”. Internistul procedează de multe ori ca și când ar fi chemat doar în consult, crezând că s-a achitat de orice îndatorire dacă a contribuit la stabilirea diagnosticului. În felul acesta nevroticul rătăcește dintr-un cabinet în altul, starea lui se agravează, fără ca cineva să se ocupe de boala sa. Nu e întâmplător nici faptul că multe victime ale erorilor de diagnostic se recreează tocmai din rindurile numeroase ale nevroticilor.

*Examinarea, tratamentul și ținerea în evidență a bolnavilor nevrotici sînt obligații care revin în majoritatea cazurilor inevitabil medicului consultant.* Recunoașterea acestui fapt ne-a îndemnat să sriem articolul de față.

Bolnavul care se adresează medicului pentru tulburări gastrice sau cardiace de natură nervoasă nu se mulțumește cu simpla constatare că aceste tulburări sînt lipsite de substrat organic, el așteaptă în primul rînd alinarea suferințelor. Excluderea unei „boli organice” e de altfel o problemă delicată, deoarece limita dintre modificările funcționale și organice nicidecum nu este netă. Medicul consultant trebuie să cunoască prin urmare — vrînd-nevrînd — acest teren labil al patologiei.

În nevroze e afectată dinamica proceselor scoarței cerebrale. Procesele fundamentale ale activității scoarței sînt excitația și inhibiția. Tipul nervos e determinat de intensitatea, mobilitatea și echilibrul acestor procese, precum și de raportul celor două sisteme de semnalizare.

În cazurile favorabile, atît procesele de excitație cît și cele de inhibiție sînt puternice, echilibrate și mobile. Capacitatea de muncă și spiritul de inițiativă a tipului sangvinic sînt bune, odihna și somnul liniștit. Acest tip se acomodează ușor la schimbarea împrejurărilor.

Tipul flegmatic posedă de asemenea procese de excitație și inhibiție puternice și echilibrate, dar mai puțin mobile. Trecerea de la starea de odihnă la activitate și sistarea acesteia din urma, se produce mai lent; tipul flegmatic se acomodează mai greu și reacționează cu o oarecare întîrziere la schimbarea rapidă a împrejurărilor.

Față de aceste două tipuri puternice și echilibrate procesele de inhibiție ale tipului *coleric* sînt mai slabe în raport cu procesele de excitație puternică. Acești indivizi sînt activi, rezistenți la eforturi, dar nu știu să se stăpînească, își pierd ușor cumpătul, mai ales în situații care pun la încercare procesele de inhibiție (de ex. așteptarea etc.). Nevrozele se dezvoltă mai ușor la acest tip desechilibrat.

Cei mai mulți bolnavi nevrotici aparțin tipului de activitate ner-

voasă superioară slab, la care nici procesele de excitație nici cele de inhibiție nu sînt puternice. Persoanele de tip „slab” au capacitatea de muncă redusă, sînt lipsite de spirit de inițiativă, fac față rareori situațiilor grele și reacționează prin nevroze la excitații relativ puțin intense.

Bolnavii de nevroză sînt mai numeroși printre reprezentanții tipului de activitate nervoasă superioară slab sau dezechilibrat (coleric) dar și persoanele de tip sangvinic sau flegmatic pot deveni nevrotici sub acțiunea unor influențe dăunătoare puternice sau durabile.

Primul semn al nevrozei îl constituie slăbirea inhibiției active: bolnavii își concentrează mai greu atenția, devin irascibili, se ceartă, iar femeile mai ales, plîng. Suferința proceselor de inhibiție cuprinde și somnul: bolnavii adorm anevoios, se trezesc la cel mai mic șmormot sau chiar fără motiv, au vise neliniștitoare.

Suferința proceselor de excitație se manifestă abia mai tîrziu. Bolnavul își pierde elanul de muncă, simțindu-se istovit atît trupește cît și sufletește. Dimineața se trezește mai obosit ca seara cînd s-a culcat, și nu poate să-și reînceapă activitatea decît cu prețul unor mari eforturi.

În timpul zilei, în toila muncii, poate fi cuprins de o irezistibilă stare de somnolență. Idei sau imagini obsesive (depinzînd de preponderența primului sau celui de al doilea sistem de semnalizare) reflectă starea patologică a unor focare de excitație în scoarța cerebrală.

*Simptomele generale ale nevrozei sînt deci excitabilitatea, tulburările somnului precum și astenia psihică și somatică.* Acestea din urmă are un caracter subiectiv, deoarece forța musculară nu scade.

Dacă starea patologică s-ar limita la procesele scoarței cerebrale, nevroza ar fi pur și simplu o problemă de psihiatrie. În realitate însă *tulburările funcționale se extind asupra centrilor vegetativi subcorticali*. „Nevroza vegetativă” sau „distoria vegetativă” este în general o parte constituantă a nevrozei. Modificarea patologică a tonusului vegetativ se manifestă adesea în mod electiv la nivelul anumitor organe sau sisteme. „Nevrozele organelor” pot să pună la grea încercare pînă și pe interniștii cei mai experimentați, aceasta cu atît mai mult, cu cît tulburărilor funcționale li se pot asocia cu timpul leziuni organice. În boala hipertonică ce apare la început ca o nevroză vegetativă leziunile secundare ale arterelor pot conduce mai tîrziu la complicații grave, chiar mortale.

Cauza localizării tulburărilor funcționale la nivelul anumitor sisteme sau organe constituie în momentul actual o chestiune controversată. Unii cercetători încearcă să stabilească o legătură între caracterul factorului nevrotizant și localizarea tulburării funcționale: după aceștia diareea ce survine sub influența unei spaima puternice, poate să constituie punctul de plecare a unei nevroze intestinale de mai tîrziu, la fel după cum palpitațiile ce însoțesc alte emoții pot să pregătească drumul nevrozei cardiace. Alți autori sînt de părere că localizarea pe anumite organe este determinată de o meiotropie preexistentă (congenitală sau cistigată) a organului sau a sistemului respectiv, adică de modificări minime, inaccesibile metodelor noastre actuale de investigație.

Această părere pare a fi confirmată de multe observații clinice și în cîteva cazuri ale noastre.

Amintim cazul bolnavei V. I. de 32 de ani, care a părăsit clinica cu diagnosticul de nevroză cardiacă, după ce examenul minuțios al aparatului circulator a

foșt în mod repetat negativ. După 2 ani bolnava se prezintă cu o boală mitală, iar în prezent (după 3 ani) stă sub tratamentul nostru cu diagnosticul de endocardită lentă.

În ceea ce privește diagnosticul nevrozelor considerăm că „*procedul eliminării*” bazat numai pe excluderea leziunii organice este principial greșit și dăunător în practică. Diagnosticul trebuie bazat în primul rînd pe existența simptomelor tipice de nevroză și nu numai pe absența leziunilor organice. Bolnavii suferind de „boli organice” de ex. de valvulopatii, pot prezenta și acuze de natură nevrotică — ori acestea nu vor putea fi înlăturate nici prin digitală nici prin strofantină.

Medicii constată în general cu prea mare ușurință existența unor „tulburări nervoase” și privesc apoi persistența sau chiar agravarea acestor simptome cu o resemnare fatalistă. Etichetarea simptomelor bizare sau „inexplicabile” drept simptome nervoase este un procedeu foarte comod dar nu mai puțin periculos. Nenumărate erori de diagnostic își găsesc obîrșia în această concepție.

Bolnava V. E. în vîrstă de 18 ani se internează în clinică pentru tulburări de deglutiție. Bolnava prezintă evidente semne de isterie. Se stabilește diagnosticul de spasm al esofagului. Radioscopia gastrică nu se efectuează, deoarece la început bariul nu pătrunde în stomac din cauza spasmului esofagian, iar mai tîrziu examenul radiologic se pare de prisos la bolnava vindecată complet după un tratament sedativ și antispasmodic. Peste cîteva luni bolnava e internată din nou cu simptomele unui acces isteric apărut după un traumatism psihic. Abia după cîteva ore încep să se deslușească simptomele unui ulcer gastric perforat, mascat pînă atunci de evidentele semne de isterie. La intervenție se găsește un ulcer perforat al curburii mici. Bolnava moare din cauza unei dilatații acute a stomacului și peritonită difuză.

Bolnava S. M. de 38 ani, grav nevrotică, se plînge de o astenie fizică care se agravează paralel cu depresiunea psihică. Bolnava e văzută de mai mulți medici (internist și neuro-psihiatru), totuși trebuie să treacă cîteva luni de zile, pînă cînd examenul urinei, efectuat la cererea bolnavei, scoate la iveală o glicosurie masivă. Mai tîrziu bolnava devine gravidă și sucumbă după o secție cezariană în comă diabetică.

Bolnava S. M. de 40 de ani se internează pentru dislagie. Rezultatul examinărilor și anamneza pledează deopotrivă pentru originea isterică-nevrotică al acestui simptom. Spasmul esofagului apare prima dată în timpul mesei, cu ocazia unei controverse familiare, după ce bolnava rostește următoarele cuvînte: „Să mi se oprească mîncarea în gît dacă acest lucru e adevărat!”. Mîncarea se oprește într-adevăr și începînd din acest moment se oprește de mai multe ori, mai ales după enervări. Examenul radiologic arată doar un spasm al esofagului, examenele de laborator sînt negative și bolnava e îndrumată la un neuro-psihiatru. Medicația sedativă și psihoterapia dau rezultate excelente. Mai tîrziu însă tulburările de deglutiție reapar. Examinările efectuate la acest moment arată existența unui carcinom al esofagului.

Astfel de cazuri nu sînt de loc rare, și am putea umple pagini cu descrierea lor. Credem că e mai bine să-l cităm pe Hetényi: „Nevroza nu imunizează față de alte îmbolnăviri”. Într-adevăr nevroticul este expus în aceeași măsură (sau chiar mai mult) tifosului, tuberculozei, cancerului, ca oricare alt bolnav. Prin urmare identificarea simptomelor nevrotice nu ne scutește de obligația de a supune bolnavul unei examinări temeinice. Mai cu seamă bolnavii vechi, sînt amenințați de riscul ca la o nouă prezentare medicul să le prescrie iarăși calmante, fără a-i examina. De obicei greșelile nu derivă din faptul că medicii nu știu să

examineze bolnavul — majoritatea medicilor este în posesia metodelor de examinare — ci din faptul ca dintr-un motiv oarecare examinarea bolnavului e lacunară, superficială sau e complet omisă.

Simptomele caracteristice diferitelor boli organice sînt mascate de labirintul acuzelor de natura nervoasă, astfel încît stabilirea diagnosticului întîrzie. Nu sînt lipsite de importanță nici greșelile de sens contrar: astfel de exemplu vindecarea unei nevroze poate fi împiedicată de faptul ca bolnavul e considerat pe nedrept ca fiind un cardiac, atît de medicul lui, cît și de anturaj.

Există mai multe tipuri de nevroză vegetativă. În forma hipersimpaticotonică a distoniei vegetative se pune de multe ori diagnosticul eronat de hipertirodism, mai ales în regiunile de gușă endemică (deci și în regiunea noastră). Bolnavii suferă de palpitații, tahicardie, tremuraturi, sînt irascibili. Metabolismul bazal poate fi crescut. În urma tireoidectomiei acești bolnavi „pseudohipertiroidieni“ se îngrașe de obicei, dar acuzele lor nu dispar. În nevroze cu hiposimpaticotonie bolnavii slăbiți, obosiți, hipotonici și adinamici seamănă cu cei suferind de hipocorticosurenalism sau hipopituitarism ușor. Accentuarea de origine nevrotică a tonusului parasimpatic poate da naștere la dischinezii biliare, migrene, etc. Tipurile de nevroză vegetativă descrise mai sus, nu pot fi delimitate precis în fiecare caz, dar se poate stabili tulburarea preponderantă, ceea ce e important din punctul de vedere al tratamentului.

La femei, modificarea tonusului sistemului vegetativ se însoțește adesea de hiper — sau hipofoliculinie, fapt care trebuie de asemenea avut în vedere la prescrierea tratamentului.

Tratamentul bolnavului nevrotic nu este o sarcină simplă și nu poate fi rezolvată nicidecum prin administrarea mecanică a sedonului sau a pacifloralului. Descoperirea condițiilor care au favorizat apariția nevrozei cere timp (factori de mediu, leziuni organice care acționează prin intermediul unor impulsuri interoceptive patologice). Trebuie să tindem să cunoaștem tipul de activitate nervoasă superioară a bolnavului, să stabilim gradul de suferință a proceselor de excitație și inhibiție și să cunoaștem eventualul dezechilibru hormonal. În felul acesta avem posibilitatea să aplicăm un tratament individual, cîștigînd în același timp și încederea bolnavului care simte că ne ocupăm de el în mod serios.

Deci primul obiectiv de urmărit trebuie să fie descoperirea factorilor care au contribuit la dezvoltarea nevrozei. Societatea, cu structura ei complicată și cu interrelațiile extrem de complexe constituie mediul ambiant al omului. Cauza nevrozei o găsim de cele mai multe ori aici, în acest mediu. Timpul de lucru prea lung, sau munca prea grea, o activitate de răspundere care depășește capacitatea individului poate deveni sursa nevrozei, mai ales cînd e întovărășită de dorințe contrare, adică executată fără voie. Procesele de muncă prea automatizate favorizează de asemenea formarea de focare de excitație remanentă. Pe lîngă toate acestea în viața personală și familiară a omului pot exista nenumărate împrejurări care devin surse de nevroză, prin supraincercarea proceselor de excitație sau inhibiție sau prin coexistența de excitații de sens contrar. Așa numitele situații patogenice sînt deci nenumărate.

Vom încerca firește, să excludem condițiile neurotizante, în limita posibilităților. Schimbarea muncii sau a locului de muncă este însă o chestiune plină de răspundere; pentru a da astfel de sfaturi trebuie să

cunoaștem foarte bine bolnavul. O prudență și mai circumspectă e necesară atunci cînd e vorba viața intimă. E greu să-ți asumi răspunderea unor asemenea sfaturi, pe care de altfel bolnavii nici nu au obiceiul să le asculte.

Baza tratamentului nevrozelor îi constituie odihna și sedatiunea. Odihna e necondiționat necesară în cazurile în care se constată o slăbire accentuată a proceselor nervoase. În astfel de cazuri dozele mici de calmante pot să cauzeze o stare de prostrație, iar dozele mari pot să producă stări de excitație. Odihna trebuie să scoată bolnavul din cadrul preocupărilor obișnuite. Îndepărtarea din mediul de toate zilele e importantă mai ales cînd e vorba de femei care lucrează și în producție; altfel ele vor folosi timpul de odihnă la efectuarea lucrărilor casnice restante. Sedativele nu trebuie utilizate în mod schematic. Cei mulți bolnavi suportă rar dozele obișnuite de bromuri. Cu cît tipul de activitate nervoasă superioară este mai slab și cu inhibiția a suferit mai mult în decursul neurozei, cu atît doza de bromuri trebuie să fie mai mică. Dozele mici de barbiturice și valeriană au un efect favorabil. Fenerganul dă rezultate bune numai rareori, căci administrat în timpul zilei provoacă prostrație. Largactilul nu e bun pentru tratamentul ambulant din cauza toxicității sale și a frecvenței lui sîu efect paradoxal. Administrarea lui trebuie să cadă în competența neuro-psihiatrului. Efectul sedativ al serpasilului (reserpina) e folositor mai ales în nevrozele însoțite de hipersimpaticotonie, evident dacă nu sîntem împiedicați de anumite efecte secundare (înfundarea nasului, stări de depresiune etc.). Bolnavul de tip coleric, activ, poate fi afectat în mod neplăcut de „schimbarea personalității“ se survine deseori sub efectul reserpinei; bolnavul are impresia că medicamentul îi limitează inițiativa și puterea de muncă. Hipersimpaticotonia poate fi influențată și cu ajutorul preparatelor de ergotamină (bellergon). În nevroza cu semne de hipervagotonie serpasilul e contraindicat din cauza creșterii tonicității centrului parasimpatic. În schimb la acești bolnavi extrasele de belladonna au un efect favorabil. În cazurile de nevroză mai gravă, putem să stimulăm restabilirea activității sistemului nervos central, administrînd vitamina B1 și acid glutamic. Glutacidul se administrează în cantitate de 3—6 gr. zilnic, în trei doze luate în prima jumătate a zilei (administrarea în timpul dupămesii poate produce insomnii). Vitamina C și cortigenul dau rezultate bune, mai ales în nevrozele hiposimpaticotonice. Trebuie să folosim și posibilitatea pe care ne-o oferă restabilirea echilibrului hormonal, care dă rezultate în primul rînd în nevrozele climactice, dacă sînt însoțite de hiperfoliculinemie. Trebuie să vindecăm bolile care contribuie la menținerea nevrozelor.

Lupta împotriva nevrozelor trebuie dusă așadar din mai multe direcții, iar tratamentul fixat în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. Bolnavul trebuie lămurit asupra caracterului bolii sale. Aceasta este deosebit de important în nevrozele organice, cînd conștiința bolii adîncește nevroza. Să nu așteptăm însă ca simptomele bolnavului să înceteze, dacă îi vom spune că e vorba numai de acuze nervoase. Psihoterapia nu e suficientă. Trebuie să folosim toate posibilitățile terapeutice schițate mai sus, și să nu uităm că neuroticii nu sînt scutiți de alte boli.

*Sosit la redacție: la 21. aprilie 1958.*