

3. Ultimul timp pe larg se folosesc preparatele de tip combinat – izoniazidă + rifalină, RIPE (rifalină + izoniazidă + pirazinamidă + etambutol). Efectele nedorite ale izoniazidei, prezente în aceste preparate împiedică tratamentul rezultativ al tuberculozei la bolnavii psihici.

Bibliografie

1. Alexandrescu I., Blumenfeld S., Volosievici I. Psihicul bolnavului de tuberculoză. Iași, 1981
2. Crudu V. Tuberculoza rezistentă. Conferința științifico-practică anuală IFP. Chișinău, 2001.
3. Palihovici C. Despre criteriile psihosomatice în tuberculoza pulmonară. Materialele congresului de psihiatrie cu participare internațională. Chișinău 2004.
4. Гавриленко В., Фролова К., Софронова Н. Туберкулёз и психические заболевания. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. Москва, 2003 г.
5. Гиляровский В. Психиатрия. гл. 14. Общая патологическая анатомия душевных заболеваний.
6. Коцовский А. Отчетъ по Костюженской Лечебницы для душевнобольных Бессарабского Губернского Земства. Кишиневъ, 1909 г.
7. Новикова Т. Комбинированные препараты в комплексном лечении туберкулёза в условиях психиатрического стационара. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. Москва, 2003 г.
8. Останин Б., Ярунин М. Проблема умственной отсталости в Кировской области. Актуальные вопросы психического здоровья. Сборник. Киров, 1998.
9. Рудой Н., Чубаков Т. Туберкулез легких при психических заболеваниях и наркоманиях. М. Медицина, 1996.
10. Собчик Л. Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике нервно-психических нарушений у больных туберкулёзом. Москва, 1990.

TULBURĂRILE PSIROPATOLOGICE ÎN CLINICA HIV/SIDA

Irina Cucer

(Conducător științific: Constantin Palihovici, doctor în medicină, conferențiar universitar)
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Psychopathology disorders in patient with HIV/AIDS

The aim of this study was to analyze the psychiatric disorders caused by HIV/AIDS. Psychiatric disorders among people with HIV have been identified in early stages as well as in late stages of the disease. The actuality of this study is the dynamics of the psychiatric disorders represented by : anxiety, affective disorders, cognitive disorders, adjustment disorders, acute psychotic, halucinations and characterological disturbances, degradation, delirium, HIV-associated dementia.

Rezumat

Scopul acestei lucrări a constat în analiza pacienților cu tulburări psihopatologice determinate de infecția HIV/SIDA. Tulburările psihice la subiecții HIV-pozitivi au fost

identificate atât în stadiile precoce cât și în cele tardive ale bolii. Elementul nou îl constituie dinamica dereglărilor psihice care sunt reprezentate de : tulburări anxioase, tulburări afective, dereglări cognitive, tulburări de adaptare, tulburări psihotice acute, halucinații precum și devieri caracterologice până la degradare, delirium, demență HIV asociată.

Actualitatea

Importanța suferințelor psihice asociate infecției HIV/SIDA rezidă din incidența acestora, dificultățile de diagnostic, gravitatea unora dintre acestea, posibilităților terapeutice insuficiente în cazul altora și, eventual, necesitatea unei profilaxii secundare pe termen lung. Unele dintre maladii, prin ele însele sau prin sechelele lor, au un impact profund asupra calității vieții pacienților infectați cu HIV, dar și complianței lor terapeutice.

Scopul

În lucrare au fost studiate și analizate particularitățile psihopatologice la pacienții infectați cu virusul HIV/SIDA.

Materiale și metode

Lotul studiat cuprinde 37 pacienți care au fost selectați din Clinica de Psihiatrie, municipiul Chișinău, în urma confirmării diagnosticului etiologic al infecției cu virusul HIV, cu vârsta de peste 18 ani și care au fost periodic consultați. La elaborarea studiului am utilizat următoarele Criterii de includere: vârsta, sexul, domiciliu, mediu de proveniență, apartenența socială, de asemenea informații epidemiologice privind infecția cu HIV: anul probabil al infectării, modalitatea probabilă de infectare, diagnosticul clinic cu evaluarea manifestărilor psihice în evoluție; diagnosticul infecției cu HIV realizat prin detectarea anticorpilor anti-HIV; diagnostic de demență HIV asociată și alte psihoze conform ICD 10.

Rezultate

Pacienții incluși în lotul de studiu au vârsta cuprinsă între 28-45 ani , a celor cu demență HIV de aproximativ 40 ani. Tulburările psihice în rândul persoanelor cu HIV au fost identificate atât în stadiile precoce cât și tardive ale bolii. Majoritatea acestor pacienți nu au avut antecedente personale patologice psihiatrice. La 9% din subiecți a fost identificată tuberculoza pulmonară în anamneză, 12% aveau dependență de alcool.

Identificarea tulburărilor psihice în stadiul precoce al infecției HIV/SIDA, se datorează faptului că primar apar manifestări nespecifice bolii: slăbiciune generală, dereglarea somnului, anxietate, fobii neîntemeiate, inapetență, etc., ceea ce îi fac pe bolnavi să se adreseze altor specialiști: medici de familie, interniști, neurologi, infecționiști și alții. De aceea, diagnosticul precoce și tratamentul tulburărilor psihice în rândul infectaților cu HIV sunt de o importanță majoră . În 35-40% de cazuri printre primele semne ale infecției cu HIV/SIDA este *depresia*, care la pacienți se caracterizează prin scăderea dispoziției, pierderea intereselor vitale și a energiei. Meditația asupra bolii îi fac neputincioși, condamnați. Sunt caracteristice sentimentele de vinovăție și inferioritate. La 2/3 dintre pacienții cu depresie se depistează idei suicidale, iar rata de suicid atinge cifra de 36 %. Deseori anume tulburările depresive și îi fac pe bolnavi să se adreseze la psihiatru, unde sunt efectuate toate investigațiile integrale pentru a fi confirmată infecția cu HIV/SIDA. Astfel, încă până la manifestarea etapelor neurologice ale îmbolnăvirii propriu zise se întâlnesc: tulburări afazice cognitive, scăderea capacităților intelectuale. Pentru debutul bolii este caracteristică etapa neurologică a îmbolnăvirii, cu semne slab pronunțate și de aceea pot fi depistate doar cu ajutorul testării neuropsihologice în dinamică.

În studiul efectuat, am determinat frecvențele tulburări psihice:

Tulburările anxioase. În 36-56% dintre pacienți acuză anxietate, sub diferitele ei manifestări: fobie socială, agorafobie, tulburare anxioasă generalizată, sau tulburări de panică. Cercetările au arătat că prevalența crescută a simptomelor tulburărilor de stress posttraumatic prezente în antecedenta infecției prezintă un factor predictiv important în apariția tulburărilor

anxioase. Ca și depresia, anxietatea se poate prezenta preponderent cu simptome somatice, cum ar fi cele autonome, alții cu diversă localizare, discomfort gastrointestinal, neurologice, și se corelează cu oboseala accentuată și limitarea funcțională a capacităților fizice. Anxietatea este însoțită de: agitație, panică, anorexie, insomnie, idei suicidale, sentimente de neajutorare și indignare. Aceste stări sunt caracteristice mai ales pentru bolnavii care se tratează timp îndelungat în staționar. Acestea deseori sunt bântuiți de gânduri suicidale, de tendințe ipohondrice pronunțate.

Tulburările de somn au fost raportate într-o proporție variabilă, între 24-96%, cele mai frecvente fiind tulburările de inițiere ale somnului, corelându-se cu creșterea intensității tulburărilor de somn.

Manifestările ciclotimice, perindarea hipertimiei cu hipotimia și din materialele noastre rezultă că *tulburările hipotimice* sunt prezentate procentual în limite largi, între 31 și 60%. De menționat că rata depresiei majore se regăsește între limitele 20 și 36%. Intensitatea simptomelor erau într-o relație de directă proporționalitate cu stadiile avansării bolii, mai ales cu 12-18 luni înaintea instalării diagnosticului de SIDA. Simptomatologia este prezentată de scăderea elanului vital, scăderea stimei de sine, reducerea domeniului de interese, scăderea apetitului alimentar etc. Simptomele de *hipertimie* pot să apară în legătură cu boala bipolară primară sau ca rezultat al infecției HIV cerebrale- *mania asociată HIV*. În această situație, caracteristica simptomatologiei se manifestă prin iritabilitate crescută, logoree excesivă, mai evidente fiind agitația psihomotorie asociate tulburărilor cognitive. Din punct de vedere statistic, mania asociată HIV este raportată în proporție de 2-16%.

Psihozele se regăsesc în proporție de 0,5-15% la pacienții infectați HIV și simptomele reprezentative sunt: tulburările calitative și cantitative în planul gândirii, halucinațiile, iluziile, agitația psihomotorie.

Delirul a fost raportat în 12-29% , care se manifestă prin forme de tip hipo sau hiperactiv cu tablouri vaste confuzionale, halucinații fragmentare, vizuale terifiante, ceea ce deteriorează esențial comportamentul bolnavului, fiind un fenomen apreciat de anturaj. Asociat tulburărilor cognitive, simptomatologia mai poate include apatie, disforie. La pacienții cu HIV, delirul are o etiologie multifactorială, fiind demonstrate cauze hematologice, infecțioase (infecții oportuniste ale SNC), interacțiuni medicamentoase, tulburări metabolice, hipoxemie. Mai îndelungate și la etapele îndepărtate de la debutul bolii apar *manifestările nepsihotice*: tulburări de comportament deviate moral, legate de imaturitatea socioafectivă și caracterială, comportamente aberante, adesea stereotipe cu incapacitate de progres, comportamentele de graniță care pot genera trăsături psihologice negative disociale, și care devin cu timpul caracteristici dominante ale personalității. De asemenea au fost observate tulburări hiperkinetice, de hiperactivitate/impulsivitate, angrenate cu deficit de atenție și tulburările de somn. Dereglările psihotice la pacienții HIV infectați pot preceda dezvoltarea HIV infecției sau infecția HIV, direct sau indirect, poate servi ca un factor psihologic de psihoză.

Conform studiilor publicate, 5% - 25 % din pacienți cu boli mintale grave, spre exemplu : schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și afectivă bipolară, abuzul de substanțe psihoactive, sunt HIV-pozitivi, din cauza consumului de droguri, precum și practicarea relațiilor sexuale ocazionale. Starea psihică ca regulă se agravează la asocierea unor patologii ale SNC : toxoplasmoză cerebrală, meningita meningococică, encefalita herpetică, meningita tuberculoasă, leucoencefalopatia, limfomul, sarcomul Kapoși, neurosifilisul.

Sindromul demențial care asociază deseori semne neurologice: ataxie, hipertonie, incontinență sfincteriană, parapareze. Conform DSM-IV, demența HIV-asociată este amplasată într-un grup separat: „Demența în urma HIV infecției”. *Demența HIV* asociată se întâlnește în 16% cazuri, însă odată cu avansarea bolii, în stadiile finale SIDA demența se înregistrează pînă la 60%. În literatura de specialitate cel mai amplu este reflectat aspectul patogenetic al tulburărilor neurologice și psihiatrice este inclusă Demența complexă și bolile oportuniste ale SNC la etapele terminale ale bolii ce se caracterizează prin triada: deteriorare cognitivă (slabă concentrare, lentoare în gândire, tulburari de memorie); deteriorare motorie (pierderea

balansului, slăbiciunea musculaturii membrelor inferioare); tulburări de comportament (apatie, reducerea spontaneității, retragere socială). Evoluția este rapidă astfel încât 50-75% din pacienți decedază în mai puțin de 6 luni de la debutul bolii. Pe lângă simptomele psihiatrice datorate infecției propriu zise, trebuie să se țină cont de faptul că la acești pacienți se suprapun și simptomele datorate patologiilor multiple asociate. Virusul HIV afectează toate sistemele organismului, în consecință producând : tulburări metabolice, endocrine, infecții oportuniste, polineuropatii, tumori. La pacienții cu Diabet Zaharat, Tuberculoză pulmonară și alte nozologii, asocierea infecției cu virusul HIV compromite evident starea generală a bonavilor printr-o evoluție și pronostic grav, deseori nefavorabil.

Mostră elocventă ar putea servi următorul caz clinic:

Bolnavul P.I., de 40 de ani, neangajat, domiciliat în Chișinău, a fost internat repetat în secția Narcologie a Spitalului Clinic de Psihiatrie la 12.09.2011, cu diagnosticul clinic : Alcoolism cronic stadiul 2, delir alcoolic. Infecție HIV stadiul clinic 2B.

La internare bolnavul prezenta agitație psihomotorie, cu tremor intens al mâinilor, susținea că suferă de insomnie persistentă din cauza insectelor mici de pe corp care-l înțepă, îl deranjează, îl fac să sufere și de care nu se poate debarasa.

ANAMNEZA: antecedente eredo-colaterale ne semnificative. Este primul copil din 2. Născut la termenul de 40 săptămâni. A crescut și s-a dezvoltat conform vârstei. Avea caracter deschis, comunicabil. A suportat infecțiile din copilărie fără complicații, rar se îmbolnăvea. La școală a învățat bine. A absolvit școala medie, după care a făcut serviciul militar. A lucrat în calitate de lăcătuș auto la o întreprindere. S-a căsătorit la vârsta de 26 ani, are un copil. Tatăl pacientului, deseori făcea abuz de alcool. Mama lucrează, nu utilizează băuturi alcoolice, nu fumează. Fratele de 35 ani, nu fumează, folosește alcool doar ocazional și în cantități minime, lucrează, este căsătorit. Pacientul a început să consume alcool și să fumeze de la vârsta de 16 ani, la început, doar cu prietenii la sărbători, mai apoi tot mai des. În perioada când utiliza alcool câte 4-5 zile pe săptămână la bolnavul s-a dezvoltat sindromul de abținere, care se manifesta prin: slăbiciune generală, tremor, tahicardie, cefalee, indispoziție, inapetență, insomnie și dorința de a întrebuița alcool. A încetat să lucreze, era indiferent față de tot ce se petrecea în jur, gradul de toleranță față de alcool creștea. Soția cu copilul l-au abandonat, au divorțat. Locuiește împreună cu mama sa, relațiile dintre ei fiind tensionate. S-a atașat la întrebuițarea drogurilor intravenoase (heroină). Cu 5 ani în urmă a fost diagnosticat cu infecție HIV. Pacientului afirmă că s-a infectat cu virusul HIV în urma utilizării intravenoase a drogurilor dar nu exclude mecanismul mixt de infectare, pentru că aflându-se o perioadă de 2 ani în Rusia, a deținut raporturi sexuale cu persoane necunoscute. A avut relații de concubinaj cu o femeie utilizatoare de droguri. În momentul confirmării seropozitivității HIV, i-a fost indicat tratament antiretroviral, însă pacientul a refuzat spunând că oricum va deceda în scurt timp. După confirmarea diagnosticului de infecție HIV bolnavul consuma alcool. În această perioadă a și început să fie frământat de fobii neîntemeiate, insomnie și tremor. Starea generală a pacientului s-a agravat, au apărut: insomnia persistentă, stare de confuzie, anxietate, frica de moarte, halucinații auditive, vizuale, tactile bolnavul simțea mișcarea sub piele a insectelor, o voce chipurile îl impunea să consume votka. Această stare a fost apreciată și de anturaj, astfel la insistența mamei, vecinilor a fost internat în clinică pentru tratament.

EXAMENUL SOMATIC: La momentul internării pacientului se înregistra învelișul cutanat curat, fără urme, cicatrice, tatuaj. Gradul de nutriție este scăzut. Ganglionii limfatici periferici sunt măriți în volum, mobili, sensibili la palpare. În plămâni respirație veziculară cu nuanță aspră bazal, raluri nu se auscultă. Zgomotele cardiace ritmice, Ps 84 bătăi pe minut, T.A. 125/80 mmHg. Abdomenul moale, sensibil la palpare în hipocondriul drept. Ficatul se palpează + 2 cm de la rebordul costal.

EXAMENUL NEUROLOGIC: La internare pacientul manifesta un tremor evident al mâinilor și întregului corp. Concluzia neurologului: se constată o reducere a sensibilității

tactile, caracteristică pentru afectarea nervilor periferici. A fost stabilit diagnosticul de : Polineuropatie periferică. Encefalopatie alcoolică.

Indicii de laborator : Analiza generală a sângelui și a urinei – fără particularități. A fost confirmat diagnosticul de infecție HIV, prin detectarea anticorpilor. Electroencefalograma creierului, electrocardiografia cordului, radiografia cutiei toracice – în limitele normei.

EXAMENUL PSIHIC: La momentul internării pacientul răspundea la întrebări adecvat, nu exprima activ nici un fel de plângeri, nu manifesta interes față de cei din jur. Orientat în propria persoană. Spitalizarea în Clinica de Psihiatrie a fost dictată de intoxicația alcoolică, când „doza zilnică de alcool consumată ajungea până la un litru”. După câteva zile bolnavul a început să povestească despre suferințele sale. În apartament el aude permanent un „glas” care îi propune ajutor. „Vede o persoană” care îl îndeamnă să consume alcool. Pentru a se debarasa de aceste persoane care-l îndemnau în permanență ce trebuie să facă, a încercat să-și pună capăt zilelor (a băut 20 tablete diazepam), care s-a soldat cu o intoxicație gravă însoțită de pierderea cunoștinței. A fost internat pentru tratament de dezintoxicare. Critica față de cele expuse de el și față de starea sa lipsește. Pacientul era convins, că totul ce spune el este adevărat și se întâmplă adevărat și încerca să nege faptul că face abuz de băuturi alcoolice. Planuri de viitor cu respectarea unui mod sănătos de viață pacientul nu demonstra. S-a determinat deficit de concentrare, memorare, tulburări de atenție. Pacientul a fost supus unui regim de tratament. La trei săptămâni de tratament staționar, a fost externat cu recomandări de continuare a tratamentului de susținere la domiciliu. Cazul expus demonstrează prezența fenomenelor psihice sub acțiunea virusului HIV, instalat de câțiva ani la o persoană ce utilizează în abuz băuturi alcoolice.

Catamneza: La 3 luni de la externare, la insistența fratelui, pacientul s-a prezentat în Clinica Psihiatrică pentru consultul medicului narcolog și psihiatrului. Pe parcursul tratamentului administrat (terapia de dezintoxicare, terapia antidepresivă, tratamentul antiretroviral prescris de medicul infecționist), a apărut autocritica bolnavului față de sine, conștientizarea bolii de care suferă, însă fără ameliorare vădită a stării de sănătate. Din relatările rudelor, aflăm că pacientul n-a respectat recomandările specialiștilor. A continuat să consume alcool pe ascuns, ignorând astfel și tratamentul medicamentos de susținere (antiretroviral). Se constată o agravare în dinamică a stării psihice. Este obsedat de faptul că suferă de o boală incurabilă ce se va sfârși cu moartea. Analiza statutului psihic evocă în primul rând prezența sindromului depresiv caracterizat prin: sentiment de extraculpabilitate, tendințe suicidale, bolnavul este deprimat, trist, neliniștit, anxios, inhibat, indiferent. Psihopatologic se observă tulburări de conștiință variabile cu halucinații auditive (aude glasuri cu caracter imperativ), tactile (furnicături pronunțate), tulburări de memorie: amnezii de fixare și retro-anterograde. În exprimarea gândirii se observă însărăcirea vocabularului.

În concluzie: Starea pacientului prezintă pronostic nefavorabil, cu evoluție a Demenței asociată HIV/SIDA.

Discuții

Luând în considerație frecvența mare și în continuă creștere a numărului de persoane infectate cu virusul HIV, diagnosticul tulburărilor psihice provocate de acesta, trebuie de atras o atenție deosebită la toți subiecții care prezintă tulburări comportamentale, cognitive, semne motorii. O importanță deosebită în declanșarea tulburărilor psihice o au factorii de risc cum ar fi: abuzul de alcool, dependența de sedative, hipnotice și sau stimulante. Tratamentul tulburărilor psihice în clinica HIV/SIDA necesită intervenție medicamentoasă, psihoterapeutică, psihofarmacologică și psihosocială stimulatoare, fapt care va facilita crearea unui mediu de susținere pentru aceste persoane dezavantajate.

Concluzii

- Odată cu instalarea debutului de infecție HIV, starea psihică se alterează prin, dezadaptare profesională cu scăderea capacității de muncă, cu degradare profesională și socială.
- Peste 3-4 ani de la stabilirea diagnosticului de infecție HIV se constată deja dezadaptare profesională completă, nivelul parazitar de viață.
- Studiul de față elucidează progrediența psihopatologică cu caracter psihorganic „respectând” algoritmul etapelor de evoluție patologică a infecției.
- Prezența psihopatologiilor asociate HIV în stadiile finale ale bolii SIDA, scad posibilitățile terapeutice ceea ce necesită o atenție sporită în complexitatea tratamentului acestei maladii prin intervenții farmacologice, psihoterapeutice și psihosociale concomitente.

Bibliografie

1. Harris M. New-onset psychosis in HIV infected patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 32, 369- 376.
2. Infecția cu HIV, Ghid Practic la disciplina „Boli Infecțioase”, T.Holban, Gh.Plăcintă, S.Cojocaru, L.Iarovoi, V.Cebotărescu, Chișinău 2011, pag.4-6, 47-59.
3. Markowitz J. Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, 326-327.
4. Oechsner M., Moller A.A., Zaudig M.(1993) Cognitive impairment, dementia and psychosocial functioning in human immunodeficiency virus infection. 87(1):13-17.
5. Poutiainen E., Livanien M., Elovaara I. et al.(1991) Cognitive changes as early signs of HIV infection. *Acta Neurol.Scand* „84,49-52.
6. Price R.W., Sidtis J.J.(1990) AIDS dementia complex some current questions. *Ann.Neurol*.23(supl) S27-S33.
7. Robertson K.R. and Hall C.D. (1992) Human immunodeficiency virus-related cognitive impairment and the acquired immunodeficiency syndrome dementia complex. *Semin.Neurol*.12:18-27.

ETIOLOGIA SINDROMULUI GILLES DE LA TOURETTE

Violeta Mîțu

(Coordonator științific: Igor Nastas)

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală USMF „Nicolae testimițanu”

Summary

The etiology Gilles syndrome from Tourette

This paper describes Tourette syndrome (TS). This is a neuropsychiatric disorder that begins in childhood and adolescence and can have varying degrees of severity, and the main symptom is persistent tics. Tourette syndrome or Gilles Tourette disorder is recognized as the most severe form of tic. This disorder is already known as having familial nature, with changes in frontal circuits, striatal and subcortical, are considered increasingly more important as neurologic . Another feature is the frequent association and other forms of psychopathological disorders. The management is varied and depends on the clinical form and associated events.

Rezumat

În aceasta lucrare este descrisă sindromul Tourette (ST). Aceasta este o tulburare neuropsihiatrică, care debutează în copilărie și adolescență și poate avea grade diferite de severitate, iar simptomul principal îl reprezintă persistența ticurilor. Sindromul Tourette sau Tulburarea Gilles de la Tourette este recunoscută ca fiind cea mai severă formă a ticurilor.