

Primer tireotoksične psihoze

Dr. Momčilo Vitorović

Uvod

Ščitna žleza ali latinsko imenovana glandula thyroidea je majhna žleza na vratu pred sapnikom. Ima obliko velike latinske črke H in tehta pri zdravem človeku okoli 20 gr. Svoj hormon-tiroksin izloča direktno v kri in zato spada v skupino žlez z notranjo sekrecijo. Svojo vlogo opravlja v tesnem vzajemnem sodelovanju s še neko drugo, zelo pomembno žlezo z notranjo sekrecijo — s hipofizo, ki je na dnu možganske baze. Tiroksin — hormon ščitne žleze — pospešuje metabolično (presnovno) aktivnost vseh celic organizma s stimulacijo respiratornih encimov v celici. Normalna hormonska aktivnost ščitne žleze vzdržuje optimalno energetska razgradnjo v organizmu. Povečano izločanje hormona pospešuje oksidativne procese in je zato povečana tudi poraba kisika ter povečana produkcija telesne toplote. Če pa je izločanje hormona zmanjšano, prihaja do nasprotnih fenomenov. V vsakem primeru, bodisi da sta produkcija in izločanje hormona povečana ali zmanjšana, so funkcije posameznih organov in celotnega organizma motene. V pričujočem članku nas zanima le povečano izločanje tiroksina, ker se je to zgodilo v primeru, ki ga želimo prikazati.

Pri osebah s hipertireozo je ščitna žleza večinoma povečana, čeprav to ni nujno. To povečanje je lahko difuzno (struma diffusa), to se pravi, da je vsa ščitnica enakomerno povečana; lahko pa je to povečanje gomoljasto (struma nodosa), ker pomeni, da je le en del žleze povečan. Pri tem ne smemo misliti, da je vsako povečanje žleze nujno povezano le s hipertireozo. Kot smo že omenili, je pri hipertireozi povečana produkcija telesne toplote, ki pa mora biti izločena; zato so kožne krvne žile razširjene, koža je rdeča, topla in potna. Pulz je pospešen, zato se bolniki pritožujejo zaradi utripanja srca. Appetit je povečan, da bi se kompenzirala izguba energije, pa vendar bolniki hujšajo, hitro se utrujajo, zmanjšana jim je fizična moč. Zaradi motenj metabolizma nasploh so motene še druge endokrine žleze in funkcije še drugih organov. Prizadet je med drugim tudi živčni sistem, zlasti vegetativni.

Kot smo že povedali, obstojita pri hipertireozi difuzna in nodozna struma, kar je v interni medicini važno razlikovati, ker je klinična slika, pa tudi terapija, pri vsaki nekoliko drugačna. V psihiatriji pa ni uspelo razlikovati specifične psihične motnje pri difuzni od motenj pri nodozni strumi (Parhon in sod.).

Psihopatološka slika je torej v glavnem ista (Bleuler).

Psihične motnje so redni spremljevalec hipertireoz, po Williamsu celo v 99% vseh primerov. Vendar so te motnje večinoma nevrotične narave, vezane na labilno emocionalnost hipertireotikov: splošna nediferencirana nervoznost, razburljivost, netolerantnost, notranji nemir, psihična dekoncentracija, plašnost, tesnoba, utrudljivost, jezavost, otožnost ali pa neustrezna živahnost itd. Te splošne težave, ki so lahko lastne vsem nevrotičnim stanjem, preidejo včasih celo v fobično in anankastično simptomatologijo (Bleuler in drugi avtorji). Subjektivne težave, ki jih bolnik čuti, niso vedno v sorazmerju z objektivnim stanjem.

Psihoze hipertireotičnega izvora so redke. Zato želim prikazati primer, ki sem ga obravnaval kot sodni izvedenec — psihiater.

Primer bolnice M. K.

M. K. je bila rojena 1. 1. 1906, živela je v neki vasi pri Ivančni gorici, mož je delavec. Zoper njo je bila uvedena kazenska preiskava zaradi naslednjih dejanj:

1. Dne 22. 11. 1960 je vzela sosedu mesarju predpasnik in sesalko za kolo;

2. dne 23. 11. 1960 je vzela sosedu kmetu odejo izpred hiše;

3. dne 25. 11. 1960 je vzela iz avtomobilov, parkiranih pred gostilno v Ivančni gorici, več predmetov v vrednosti 7500 din;

4. dne 26. 11. 1960 je nakupila v trgovini v Ivančni gorici blaga za 51 000 din; ko pa je blago bilo treba plačati, ni imela denarja in se je izgovarjali, da ga bo prinesel sin; ko ji blaga niso hoteli izročiti, se je prepirala;

5. dne 26. 11. 1960 je v gostišču pri železniški postaji Ivančna gorica naročila kosilo za 300 din, potem pa ni imela denarja, da bi ga plačala; tedaj so bili pozvani organi LM, ki so pri njej doma našli več ukradenih, zgoraj omenjenih predmetov.

Pri zaslišanju na postaji LM dne 26. 12. 1960 je M. K. izjavila, da je nekatere predmete našla na cesti, o ukradeni odeji pa je povedala, da jo je vzela zato, ker ji sosed ni plačal dolga za kokoš. Že pri tem zaslišanju je večkrat spreminjala svoje izjave. Zato so organi LM domnevali, da gre pri njej za psihične motnje, in so jo takoj odpeljali k sektorskemu zdravniku, ki jo je zaradi hude telesne propadlosti in domneve bronhopneumonije napotil na polikliniko v Ljubljani, na

oddelek za internistično prvo pomoč. Tam jo je pregledal internist in ugotovil naslednje:

»Leptosomni habitus, mršava, koža srednje prekrvljena, jezik rahlo obložen, desni reženj ščitnice in istmični del no-dozno povečan... nad pljuči lahko po-daljšan ekspirij z difuznimi lahnimi bron-hističnimi hropci in nekaj drobno mehur-častimi vlažnimi obojestransko bazalno. Poklep hipersonornejši. Srčni toni zve-neči, presistolični galop, akcija ritmična, frekvenca 128/min., RR 170/100. Trebuh pod nivojem thoraksa, mehak, palpatorno neboleč, jetra tipljiva tik pod rebrenim lokom, neboleča. Nakazani pretibialni edemi...«

Po rutinskih laboratorijskih preiskavah in po rentgenskem pregledu srca in pljuč je podal internist naslednje mnenje:

»Ne fizikalno, ne rentgensko, ni znakov za bronhopnevmonično infiltracijo, obstoja pa lahen, difuzen, nekoliko spastičen bronhitis. Nakazan zastoj v hilih, nakazani pretibialni edemi kažejo na lažjo kardinalno dekompen-zacijo, ki je lahko posledica kardialne distro-fije, verjetno se mi pa zdi, da igra pri pacien-tkini tahikardiji svojo vlogo tireotoksičen me-hanizem (adenoma toks.?)... psihotični znaki, zaradi katerih jo zdravnik kot nujno pošilja, ne morejo več biti odvisni od sedanjega stanja pulmonalnega obolenja in njega tera-pije, pa četudi bi jih to obolenje izzvalo... glede na omenjeno prosim za pregled in spre-jem na nevrološki kliniki ali preko le-te v Polje...«

Nato so bolnico pripeljali v Bolnišnico za duševne in živčne bolezni Ljubljana-Polje, kjer jo je pregledal dežurni zdravnik in odklonil sprejem z naslednjo motivacijo:

»Ker nimamo objektivnih podatkov, ne moremo presoditi, ali gre za psihozo, kajti bolnica ne kaže manifestnih psiho-tičnih znakov. Zato prosimo, da pošljete zdravniško spričevalo za sprejem v tu-kajšnjo bolnišnico, če menite, da je bol-nica psihotična in bi bila hospitalizacija potrebna...«

Po odklonitvi sprejema se je bolnica vrnila domov. Stanje se ji je slabšalo in je bila dne 13. 2. 1961 končno sprejeta v bolniš-nico v Polju. Iz številnih dokumentov ter iz izjav zancev in sorodnikov povzemamo na-slednjo objektivno anamnezo:

Poročena je več kot dvajset let. Mož je gradbeni delavec in imata tri otroke. Mož hudo pije že dolga leta in se je zdravil na nevrološki kliniki v Ljubljani zaradi alko-holnega polinevritisa. Ves denar zapije in družina živi v skrajni bedi. Poleg tega ženo in otroke tepe in trpinči, tako da je najsta-

rejši otrok že odšel z doma, druga dva otroke pa so iz usmiljenja vzeli k sebi sorodniki in znanci. Znanka, ki je vzela najmlajšo hčerko, je povedala, da so otroci zelo dobri in pridni, da je bila tudi naša bolnica silno dobra, pridna in skrbna gospodinja in mati, vendar to ni nič pomagalo, ker je mož vse zapil. Drugi sosedje in organi LM so to potrdili, sicer pa dodali, da so bile z našo bolnico res težave, vendar pa se je to dogajalo šele v zadnjih mesecih, odkar je duševno zbolela. Začela je trditi, da čuti vpliv hudobnih duhov, ki jih sicer ne vidi in ki ji prinašajo hrano; glavni duh pa je mož, ki vse to vodi. Možu je očitala, da spolno občuje s svojimi hčerkami že od rojstva dalje. Doma je vse razmetavala in delala nered; grozila je, da bo zažgala. Na-padala je moža in otroke. Za vse to jo je mož večkrat pretepel, tako da so intervenirali organi LM in zahtevali, naj ne tepe duševno bolne žene.

Psihično stanje po sprejemu

Bolnico smo dobili v ovrnici. Dali so jo v ovrnico zato, ker je v kratkem času po sprejemu strgala precej perila in začela raz-metavati sosedne postelje. Ležala je mirno, z nekoliko prestrašenim in zbeganim izrazom v obrazu. Urejen pogovor z njo ni bil mogoč. Na vprašanja ni odgovarjala, temveč je skri-vala obraz. Vsako vprašanje je bilo treba več-krat ponoviti. Naš poskus pogovora se je od-vijal takole:

Kako se pišete? — Klančar

Kdaj ste rojeni? — Tončka.

Koliko ste stari? Deset jurjev.

Kje živite? — Na Poljanah.

Katera številka? — Deset jurjev.

Kako je ime možu? — Bolnica pokrije oči in ne odgovori.

Zakaj pokrivete oči? — Bolnica zajoka in ne odgovori.

Ali vidite duhove? — Priznam pa se ustrašim.

Kaj vam govorijo duhovi? — Bolnica po-krije oči in ne odgovori.

Kako se razumete z možem? — Klan-čar... je mož.

Koliko otrok imate? — Bolnica zaječi »joj, joj!« in ne odgovori.

Vsa nadaljnja vprašanja so ostala brez odgovora.

Status somaticus

Bolnica ne dovoli prav nobenega pre-gleda. Nismo ji mogli izmeriti niti krvnega pritiska niti prešteti pulza. Videti je manjše postave, astenične konstitucije, koža ji je ne-koliko močnejše pigmentirana, precej izsušena. Bolnica je močno shujšana.

Dopolnilne preiskave

Seroreakcije v krvi na lues negat.

Lumbalna punkcija: celice 1/3, Pandy neg., Nonne Apelt neg., celotne beljakovine 40 mg %.

Seroreakcije v likvorju na lues neg.

Krvna slika: hemoglobin 73 %, levkociti 8450, eritrociti 3,940, B. I. 0,93.

Krvni sladkor je bil večkrat pregledan in se je menjaval od 94 do 106 mg %.

Celotni holesterin v serumu je bil dva-krat pregledan in je znašal prvič 120, drugič 141 mg %.

Elektroencefalogram: EEG je bil večkrat posnet in je bil vedno lahko abnormen z generaliziranimi beta valovi v skupinah in nizkimi theta valovi v sprednjih arealih glave.

Elektrokardiogram: sinusna tahikardija 145/min. vertikalni tip, P-pulmonale, simpaticotonija.

Bolnico je večkrat pregledal konsiliarni internist. Ugotovil je naslednje: Izražena je silna kaheksija, podkožnega maščevja ni, tumor kože izredno slab, močno izražena ekzistacija. Vrat: pod desnim sternoklavikularnim sklepom otipamo za jajce velik, gladek, trd nodus. Pljuča: poklep hipersonoren, dihanje vezikularno. Bazi nizki. Srce: apeks v VI. medrebrju, skoraj v prednji aksilarni liniji. Na apeksu lahen sistoličen šum, toni čisti, akcija ritmična, 140/min. Abdomen: izpod višine toraksa, zaradi aktivnega napenjanja trebušnih sten ne moremo ločiti palpacije. Rtg.: asteničen toraks z nizkimi bazami. Emfizem pljuč. Hilusa zelo močno ojačena, iz njega se širijo trakaste sence proti obema vrhovoma pljuč. Struma na desni substernalno. Srce sega globoko na prepono, na levo je povečano. Retrokard je prost, aorta je daljša in širša.

Bolnico so testirali z radioaktivnim jodom J_{131} v radioizotopnem laboratoriju interne klinike. Testiranje je pokazalo, da se pri bolnici kopiči jod v nodusu desnega režnja ščitnice. Zaradi tega je bila predlagana operativna odstranitev adenoma, vendar to ni bilo izvedljivo zaradi bolničinega psihičnega stanja, ker ni mogla sodelovati v predoperativni pripravi, ki je bila pri njej zaradi hudega telesnega propadanja nujna. Zaradi tega je bolnica dobila 20. 5. 1961 terapevtsko dozo radioaktivnega joda J_{131} .

Potek psihičnega opazovanja bolnice

28. 2. 1961: Prve dneve hospitalizacije je bila bolnica mutacistična in negativistična, vedno v nekem nedoločljivem zaposlitvenem nemiru. Sama ni mogla jesti. Pozneje je začela govoriti v deklamatorskem tonu, vendar miselno popolnoma inkohherentnem. Zatem se

je miselno urejala in postajala dostopna za pogovor, v katerem se je kazala trenutno, časovno in krajevno in glede oseb površno orientirana. Govorila je o številnih slušnih halucinacijah.

16. 3. 1961: Bolnica je povsem urejena in dostopna za pogovor. Je amnestična za pre-stalo akutno psihotično fazo, pa tudi za delikte, ki se ji očitajo. Pritožuje se, da je mož pijanec, da doma pretepa njo in otroke. Opaziti je grob tremor vsega telesa.

23. 4. 1961: V nekaj zaporednih popisih bolničinega stanja se vedno ugotavlja zmedenost, dezorientiranost, zelo redko sta bila zapisana mir in urejenost.

16. 5. 1961: Bolnica je zadnji teden neprenehoma psihotična. V svojem nemiru se pogosto pritožuje nad kačami, ki jih stalno vidi. Na vprašanje, kje vidi kače, pokaže na svoj vrat. V nemiru je pogosto naga in telesno precej propadla, ker se neredno hrani. Na vprašanja pogosto odgovarja mimo njih, ali pa ponavlja zdravnikove kretnje in besede (ehopraksija in eholalija). Odgovori so ji včasih takšni, kot da bi konfabulirala. To stanje se je nadaljevalo. Z dne 27. 5. 1961 je krajši zapisek, da se je bolnica nekoliko pomirila. Od takrat je včasih mirna, včasih pa nemirna. Poleg radioaktivnega joda je dobivala Largactil in vitamine, vendar vsega tega ni redno jemala.

8. 6. 1961 je bilo podano mnenje, da gre pri bolnici za zmedeno stanje tireotoksičnega izvora in da se v trenutku storitve kaznivih dejanj ni zavedala pomena teh dejanj in ni imela v oblasti svojega ravnanja. V mnenju je poudarjeno kritično fizično in psihično stanje bolnice.

Kljub temu, da je od terapevtske doze J_{131} minilo več kot mesec dni, se je bolnično stanje začelo proti koncu meseca junija zopet slabšati. 29. 6. 1961 je zapisano, da je bolnica še vedno napeta in grozava, da šklepeta z zobmi, da se preveda in ozira okoli sebe, kot da se nečesa boji. Oddelčni zdravnik je imel vtis, da bolnica optično in akustično halucinira. Prvega junija 1961 se je nemir stopnjeval in je bila bolnica za kakršenkoli kontakt absolutno nedostopna. To stanje se je nadaljevalo, bolnica je postala febrilna, nad vsem pljučnim poljem, obojestransko, je bilo slišati difuzne hropce in je bolnica 3. 7. 1961 umrla kljub terapiji z antibiotiki, kardiotoniki in pomirjevalnimi sredstvi.

Obdukcijski izvid

Bronchopneumonia hypostatica pulmonis utriusque. Bronchitis cronica mucopurulenta diffusa bilateralis. Emphysema pulmonum chronicum. Atrophia fusca myocardii. Residua endokarditidis verrucosae valvulae mi-

tralis. Hypertrophia excentrica et dilatatio acuta ventriculi dextri cordis. Oedema pulmonum terminale. Adhaesiones pleuriticæ lateris sin. Oedema cerebri acutum. Fibrosis diffusa leptomeningum. Adenoma isthmi gl. thyreoideae. Struma colloides diffusa lobi dextri gl. thyreoideae. Gastritis chronica atrophicans. Cyanosis hepatis, lienis, renum. Cicatrix postoperativa inventerata regionis inguinalis lateris utriusque. Involutio senilis uteri. Cachexia.

Komentar

Gornji primer smo prikazali iz več razgov. Že sama tireotoksična psihoza je precej redka; tako na primer na Interni kliniki v Ljubljani zadnja leta sploh niso imeli tireotoksičnih psihoz, v Bolnišnici za duševne in živčne bolezni Ljubljana-Polje pa je to prvi primer v devetih letih mojega službovanja. Še bolj redek pa je pojav tireotoksičnih psihoz v sodnoizvedenski praksi.

Klinična slika tireotoksičnih psihoz je dokaj težavna. Po Bleulerjevem mnenju del teh psihoz ni nič drugega kot kvantitativno stopnjevanje nevrotičnih motenj oziroma stopnjevanje emocionalne labilnosti tireotoksikov, tako da imamo klinično sliko afektivnih psihoz s prestrašenostjo, razburjenostjo, depresivnostjo, maniformnostjo in podobno. Kolikor se fizično stanje slabša proti tireotoksični krizi, če pridejo interkurentne infekcije ali kakšne druge komplikacije, imamo klinične slike akutnega eksogenega reakcijskega tipa od zamegljenosti in delirija do letargije in kome. Lahko nastanejo tudi shiziformne slike kot agitirana ali stuporozna katatonija, ki jih je klinično težko vrednotiti in diferencirati.

Tusques piše o tireotoksičnih psihozah precej različno od Bleulerja. Naštevava štiri vrste tireotoksičnih psihoz, in sicer: a) manične in depresivne slike, b) shizofrene slike, c) delirantne slike in d) tireotoksične psihoze s čisto ali pretežno psihično simptomatiko.

Izmed naštetih psihotičnih kliničnih slik je naša bolnica kazala sliko »simptomatske psihoze« oziroma »eksogene psihoze«, kar pomeni, da je vzrok duševne bolezni v nekem zunanjem, eksocerebralnem obolenju. Vendar termin »simptomatska psihoza« ali »eksogena psihoza« ne zadovoljuje več, odkar je Bonhoeffer opisal svoj »akutni eksogeni reakcijski tip«. Lange piše v Hochejevem priručniku o simptomatskih psihozah, da nekateri ljudje zelo pogosto reagirajo s simptomatsko psihozo za vsako manjše povečanje temperature, medtem ko drugi ljudje sploh ne reagirajo tako, kljub dolgotrajni visoki vročini. Po Kleistu se ta »simptomatska labilnost«

deduje. Langelüdecke meni v svojem učbeniku sodne psihiatrije, da je prepsihotična osebnost z dednimi, razvojnimi in miljejskimi komponentami odločilen faktor za nastanek klinične psihične slike. Isti avtor razlikuje v simptomatiki omenjenih psihoz več stadijev, in sicer zamegljenost, delirium, amencijo, zamračenost in halucinozo. V zamegljenosti je poglaviti simptom pretežno lažja motnja zavesti s »težko glavo«, oteženim dojetanjem, zmanjšano psihično koncentracijo in podobno; bolniki v tej fazi vse slišijo, toda ne dojemajo (Langelüdecke to dobesedno lepo pove: »Oni še percipirajo, ampak ne apercipirajo več«). V delirantni fazi začnejo bolniki po krajšem stanju strahu in občutka notranjega nemira halucinirati in postanejo nemirni. Zaznavne motnje so pretežno optična in akustična fantastična doživetja, podobna snu, ter iluzije. V hudem nemiru bolniki več ne reagirajo na zunanje dražljaje in so kar naprej nemirni. Potem se pomirijo, zaspijo in se zbudijo več ali manj zdravi. V amentni fazi je bolnikovo mišljenje inkoherentno, bolniki so brezmočni, dojemajo le deloma zunanje dogajanje. Čutne prevare in motorični nemir so podobni istim v katatoniji. Zavest je manj motena kot v deliriju. Amentivna faza lahko traja tedne in mesece.

V zamračenem stanju je zavest kvalitativno spremenjena, zaznava je motena in po afektih spremenjena. Mišljenje je upočasnjeno, bolniki se čutijo ogroženi in se branijo namišljenih sovražnikov. Pri tem ni nujno, da bi bili bolniki psihično upadljivi. Po nekaj dneh zamračenega stanja zaspijo in se pozneje po navadi ne spominjajo dogodkov.

V halucinozi so bolniki silno prestrašeni zaradi živahnih, pretežno akustičnih halucinacij in so polni blodenj. Dozdevno so pri zavesti.

Če pogledamo popis bolezni naše preiskovanke, vidimo vse stadije simptomatske psihoze, kakor jih opisuje Langelüdecke. Najprej je preiskovanka v lažji zamegljenosti storila delikte v nekaj dneh, ko v svoji okolici zaradi ponašanja še ni vzbujala kakšne posebne pozornosti. Šele natančnejše povpraševanje organov LM odkrije, da nekaj ni v redu. Potem je celo dežurnemu zdravniku bolnišnice za duševne in živčne bolezni imponirala kot psihično urejena. Šele pozneje doma nastaja delirantno stanje, v katerem bolnica premetava pohištvo, očita možu občevanje z otroki in napada domače. Ko je prišla potem v našo bolnišnico, pa je kazala amentivno sliko, ki je včasih prehajala v zamračeno stanje in halucinozo. Opisane slike so bile pravzaprav pomešane, kar se dogaja v večini primerov in kar je Langelüdecke v didaktične namene umetno diferenciral. Bol-

nica je ob sprejemu dojemala, da gre za vprašanje glede števil, toda vprašanja ni došla do kraja, to se pravi, »ona je percipirala, ampak ni apercipirala«. Nato je postala nemirna, doživljala je kot v snu, da ji kače lezejo okrog vratu in je slišala grozeče glase. Ko se je pomirila in se zavedala, se ni spominjala dogodkov ali pa so ostale hude vrzeli v spominu. Končno svoje tireotoksične krize ni prestala in je umrla v komi, ko se je vsa zadeva komplicirala še z bronhopneumonijo.

*

Sodnopsihiatrični pomen tireotoksičnih psihoz ni velik, ker so tireotoksična psihotična stanja dokaj redka. Mogoč je kakšen hujši delikt v zamračenem stanju, ko se bolnik brani namišljenih sovražnikov. Razumljivo je, da za dejanja, storjena v psihotični fazi, bolniki niso prišteveni.

Nekoliko bolj pogostni so primeri v uvodu opisanih nevrotičnih motenj, ko bolniki zaradi svoje emocionalne labilnosti, razdražljivosti, eksplozivnosti in netolerantnosti pridejo pogosto v nasprotje s svojo okolico, s člani družine, s soseščino, s tovariši na delovnem mestu in podobno, ko storijo tako imenovana afek-

tivna dejanja in žalijo posameznika ali pa koga poškodujejo. Pri takšnih dejanjih, če se hipertireoza prepozna, menimo, da gre za dejanja, storjena v stanju, ko je prištevnost bistveno zmanjšana. Težave pri izdelavi ekspertize povzročajo ravno mejni primeri, ko se postavlja vprašanje, ali gre za navadno hipertireozo ali pa že za psihotično stanje. Težave so torej bolj diagnostične narave, ne pa v načelnem stališču izvedenca do same prištevnosti.

LITERATURA

Bleuler M.: Psychiatrische Endocrinologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1954.

Jevtić D.: Sudska psihopatologija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb 1959.

Lange J.: Spezielle gerichtliche Psychiatrie, v Hochejevem delu: Handbuch der gerichtlichen Psychopathologie, Springer Verlag, Berlin 1934.

Langelüdecke A.: Gerichtliche Psychiatrie, De Gruyter und Co. Verlag, Berlin 1959.

Parchon C. J., St. M. Milcu, L. Copelman: ref. Excerpta medica-Endocrinology, 2, 571 (1948).

Tusques J.: Troubles mentaux dans les maladies de la glande thyroïde, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie II, 37640 C¹⁰.

Williams R. H.: Textbook of Endocrinology, V. B. Saunders Co, Philadelphia, 1950.

A Case of Thyreotoxic Psychosis

by Momčilo Vitorović, psychiatrist

The article deals with a case of thyreotoxic psychosis. These psychoses are rather rare in our country, while in the forensic psychiatry they scarcely even appear.

The patient M. K. committed several petty thefts and some senseless offences. Later, thyreotoxic psychosis in an acute exogene type of reaction broke out and led to the patient's death in spite of therapy.

In author's opinion, the thyreotoxic psychoses do not represent a larger problem in forensic

psychiatry as they appear rarely and exclude a priori the patient's responsibility. More problematic seem to be cases of non-psychotic thyreotics who could be — as the author puts it — treated as of essentially diminished responsibility because of their pathologic intolerance, irritability, explosiveness, and emotional lability. The difficulties which appear are mostly diagnostic as a light form of hyperthyreosis is easy to be overlooked or may be on borderline of psychosis.