CAPITOLUL II

1. SEMIOLOGIA

Semiologia reprezintă acea parte a psihiatriei care se ocupă cu studiul simptomatologiei bolilor psihice, stabilind condiţiile, succesiunea, interdependenţa şi dinamica tulburărilor mentale, cît şi caracterul lor particular, în funcţie de boala psihică sau somatică în cadrul căreia apar.

Aşa cum în celelalte domenii ale medicinei pentru a delimita un sindrom sau boală somatică se urmăreşte evidenţierea unei suite de semne patologice la nivelul diferitelor organe sau sisteme, tot astfel în psihiatrie se urmăreşte evidenţierea unor semne de tulburare a funcţiilor psihice (percepţie, atenţie, memorie, gîndire, imaginaţie, afectivitate, voinţă, activitate etc.) la care se adaugă investigaţia obligatorie a stării somatice.

Această delimitare a semnelor îmbolnăvirii mintale, pe funcţii psihice, are la bază criterii psihologice, utilizate în psihiatrie mai mult în scop didactic, deoarece nu există simptome psihice care să se manifeste numai în cadrul unei funcţii, lăsînd indiferente pe celelalte, aşa cum nu putem vorbi de simptome psihice, lipsite de orice fel de legătură cu formaţiunile funcţionale ale sistemului nervos central, sau cu starea generală somatică, cu dereglările echilibrului homeostazic.

Din aceste motive, pentru noi, simptomul psihic nu reprezintă o noţiune psihologică, care exprimă doar o tulburare a funcţiei respective, ci semnul unei stări de boală avînd, în funcţie de aceasta, aspecte particulare impuse de leziunea organică, de starea toxică, de modificarea funcţională a diferitelor structuri şi formaţiuni cortico-subcorticale. De altfel însăşi persistenţa simptomelor este legată de tipul de evoluţie al procesului care le determină. Pe de altă parte, existenţa unor simptome şi o anumită dinamică a lor (de exemplu tulburările de memorie,

tipul și formele ideilor delirante) pot constitui elemente importante atît în orientarea și aprecierea eficienței unor măsuri terapeutice, cît și în privința prognosticului bolii respective.

După natura procesului de care depinde apariția simptomelor, după extensiunea și dinamica lor, simptomele în psihiatrie ca și în alte domenii ale științelor medicale ar putea fi clasificate în simptome locale și generale, simptome funcționale și organice, reversibile și ireversibile.

Spre deosebire de alte specialități medicale, caracterul local al simptomelor este mult mai rar întîlnit, apărînd în special în anumite procese organice focale (procese tumorale, leziuni traumatice etc.).

După intensitatea exprimării simptomelor și mai ales după calitatea și gravitatea tulburării reflectării realității lumii obiective și subiective, se distinge o simptomatologie nevrotică, una psihotică, simptome de nedezvoltare, simptome demențiale etc. Simptomele așa-zise zgomotoase, delirante, halucinatorii, ca și unele simptome depresive, exprimă intensitatea psihotică a tulburărilor mentale și dau de obicei caracterul de gravitate și de urgență în bolile psihice.

Simptomatologia bolilor psihice nu se limitează însă la acest tip de tulburări, ea putînd îmbrăca mult mai frecvent forma unor modificări de o mai mică amplitudine și de o variabilitate extremă și de interes comun psihiatrului, altor specialiști, cît și medicului de medicină generală.

Alături de aceste tulburări care solicită mult mai mult spiritul de observație al medicului există o simptomatologie așa-zis disimulată sau mascată de bolnav, uneori deosebit de gravă, aceasta putînd fi însă dedusă din ezitarea, reținerea, tăcerea sau detașarea de realitate a bolnavului. Acest ultim caracter al simptomatologiei unei boli psihice poate înșela aparențele, lipsind bolnavul de ajutorul de specialitate, adesea cu caracter de extremă urgență.

Din cele relatate, se poate degaja importanța cunoașterii comune atît a mesajului psihic al unor boli somatice sau aparent somatice, cît și importanța unor semne somatice specifice sau nespecifice care însoțesc sau interferează cu boala psihică în evoluție. Importanța diferențierii simptomatologiei psihice care acompaniază o boală somatică și invers, nu este numai o problemă formală, ci o problemă de mare importanță practică, de ea depinzînd în primul rînd orientarea justă a terapiei și înlăturarea agravării sau cronicizării unei afecțiuni de bază. Iată de ce acest aspect, asupra căruia vom reveni, trebuie reținut atît de psihiatri, pentru care descifrarea elementelor semiologice reprezintă prima etapă a examenului psihic, cît și de medicii altor specialități medicale.

Din cele relatate în primul capitol reiese convingător faptul că psihiatria deține o situație specială în cadrul științelor medicale, deoarece ea se ocupă de tulburarea funcțiilor psihice al căror determinism depășește explicația biologică pe care o poate furniza studiul creierului prin mijloacele științelor naturii. Înțelegerea acestui determinism este legată de asimilarea unor discipline care demonstrează natura omului nu numai din punct de vedere biologic, ci și social. De aceea psiho-

patologia și psihiatria cunosc multiple interferențe începînd cu psihologia și medicina și sfîrșind cu sociologia și antropologia.

Avînd în vedere aceste condiții, este ușor de înțeles de ce însăși predarea și înțelegerea psihiatriei presupun însușirea prealabilă a unor noțiuni de psihologie, fără de care ar fi greu de înțeles semnificația patologică a unor tulburări psihice. Aceasta poate fi evidențiată în măsura în care se cunoaște aspectul normal al funcțiilor psihice, aspect care servește mereu drept martor în confruntarea cu patologicul.

În scopul ușurării înțelegerii și după gradul de complexitate al reflectării realității, procesele psihice pot fi prezentate, ca și în psihologia normală, în următoarea sistematizare didactică :

A. Procese de cunoaștere (cognitive) directă și indirectă (senzațiile, percepțiile, atenția, memoria, gîndirea, limbajul și imaginația).

B. Procese afective și trebuințe, care stabilesc raportul subiectiv între individ și realitatea obiectivă.

C. Voința și activitatea ca procese prin care se realizează acțiunile deliberate în conformitate cu scopurile stabilite în mod conștient.

În funcție de această sistematizare, ținem seama de faptul că în realitate, activitatea psihică este indivizibilă, ea manifestîndu-se într-un tot unitar dialectic și nu ca o sumă aritmetică a părților sale constitutive.

În al doilea rînd, subliniem că procesele psihice nu sînt identice la toți oamenii și în toate etapele de dezvoltare ale acestora. Integrarea lor și aspectele particulare care diferențiază un individ de altul se realizează la nivelul și în dependență de trăsăturile individuale ale funcțiilor de sinteză (temperament, caracter, intelect și personalitate).

A. SEMIOLOGIA PROCESELOR DE CUNOAȘTERE

În sfera proceselor cognitive se includ senzațiile, percepțiile, atenția, memoria, gîndirea, limbajul, imaginația și semiologia psihiatrică pe care o implică tulburările lor.

SEMIOLOGIA SENZAȚIEI ȘI PERCEPȚIEI

Senzația este un act psihic elementar „mono-modal“ de realizare a imaginii singulare a unor însușiri a obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare. Acest proces psihic elementar se produce în urma acțiunii obiectelor și fenomenelor lumii materiale asupra organelor de simț. Prin el luăm cunoștință de proprietățile elementare ale materiei (formă, mărime, greutate, culoare, duritate, sonoritate, miros, gust etc.).

Prin intermediul analizatorilor intero-, extero- și proprioceptivi excitația se transformă în senzație în momentul în care ajunge în scoarța cerebrală.

Senzațiile reprezintă izvorul inițial al tuturor informațiilor noastre. Nefiind însă simple copii ale însușirilor obiectelor și fenomenelor, ele sînt imagini subiective ale lumii obiective. Prin aceasta se înțelege

că imaginea reflectată devine element de conștiință a subiectului și ca atare, ea nu este materială, ci de ordin ideal.

Se poate deci conchide că senzația, ca formă de reflectare a lumii, are următoarele două particularități :

a) Este instrument de reflectare nemijlocită a lumii materiale, între ea ca element reflectat în conștiință și realitatea obiectivă existînd doar sistemul analizator asupra căruia se acționează direct.

b) Senzația reprezintă întotdeauna reflectarea pe plan ideal a proprietăților separate ale obiectelor și fenomenelor concrete.

Percepțiile sînt definite ca procese senzoriale elementare, care se disting prin sintetism, unitate și integritate, redînd realitatea obiectuală în imagini de ansamblu.

„Multimodală" (Ananiev B. G., 1946) în mecanismul său acțional, percepția reflectă în condiții de simultaneitate sau succesiune, însușiri multiple ale obiectelor lumii externe.

Fenomen realizat printr-o multiplă și variată îmbinare a analizei cu sinteza, percepția este un produs cu caracter sistematic și integru, produs ce are la bază elemente constitutive aflate în raporturi legice și într-o interacțiune dialectică. În afara raporturilor și interacțiunilor, elementele sale se disting nu numai prin locul lor în cadrul ansamblului, ci și prin semnificația lor diferită, care conferă caracterul inedit al întregului.

Sub aspect subiectiv, percepția va trebui privită ca o structură internă complexă, ale cărei elemente constitutive au o intensitate diferită. Pregnanța structurii interne — departe de a fi determinată univoc de intensitatea fizică a elementelor obiective — este în funcție de sensibilitatea psihofiziologică a componentelor și de semnificația lor pentru subiect.

De un înalt grad de subiectivitate, această semnificație nu va avea un caracter permanent și imuabil, în structura percepției întîlnindu-se o trecere a unei dominante în alta, în funcție de semnificația conferită insului de dinamica raporturilor sale cu ambianța. Datorită acestui motiv, aceluiași obiect, în momente diferite și în condiții diferite îi putem releva însușiri fizice diferite.

În condițiile promovării unui exogenism exagerat, lui S. L. Rubinstein îi revine meritul de a fi restabilit rolul subiectivității insului în reflectarea realității și în determinarea psihologică.

„Efectul psihologic al oricărei influențe exterioare care se exercită asupra persoanei este condiționat de istoria dezvoltării acestei persoane, de legitățile sale interne" (Rubinstein S. L., 1962).

Actul perceptiv nu poate fi conceput decît ca desfășurîndu-se în anumite limite spațiale și într-un anumit interval, percepția realizînd astfel nu numai imaginea ansamblului însușirilor, ci și a raporturilor spațio-temporale. Imaginea perceptivă poate fi considerată de aceea, ca un amplu sistem de raporturi între însușirile concrete ale lucrurilor. Acest fapt, reflectarea raporturilor, contribuie la realizarea aspectului calitativ superior pe care-l reprezintă percepția în compa-

rație cu actul elementar, „monomodal" de realizare a imaginilor singulare, particulare ale ambianței obiective prin senzații.

Existența acestor raporturi obiectiv-stabile, care există atît între calitățile obiectului dat cît și între acestea și condițiile interne, subiective ale insului (trebuințe, interese, experiență etc.), conferă percepției (deși proces senzorial) note de generalizare și abstractizare.

Caracterul de generalitate și conținutul abstract al imaginii perceptive este realizat și prin cuvînt ; denumind obiectul perceput, subiectul îl raportează, îl pune în anumite limite și abstractizează diferitele sale însușiri particulare.

Marcînd saltul calitativ față de senzații, ilustrînd legătura între senzorialitate și cunoaștere, percepția include, în mod disimulat, însușirile generale și esențiale ale lucrurilor, însușiri care la rîndul lor contribuie la conturarea și pregnanța individului și concretului reflectat.

Dialectica dezvoltării senzorialității în ansamblul vieții psihice este ilustrată de observația ontogenetică, după care, deși copilul are senzații (încă insuficient diferențiate) de la naștere, numai după 3 luni se poate vorbi de constituirea percepției : inițial tactilă, apoi vizuală, auditivă ; ultima permițînd diferențierea fonemelor, iar la un an a cuvintelor, care, prin integrările semantice și posibilitățile de comunicare, să permită avîntul dezvoltării senzorialității în perioadele următoare cînd, de la primele două mijloace (contemplativ și acțional) percepția se va dezvolta prin al treilea mijloc, acela al comunicării.

Psihopatologia senzorialității depășește aria psihiatriei, întîlnind cîmp de manifestare în toate specialitățile medicale și deseori în viața normală.

Astfel, o coborîre a pragului senzorial determină o suprasensibilitate la excitanți care pînă atunci (subliminali) nu erau percepuți, realizînd pe planul subiectivității insului *hiperestezia*, care este trăită ca o impresie de creștere a intensității senzațiilor și percepțiilor, persoanele respective suportînd greu nu numai atingerile cutanate, ci și zgomotele, trepidațiile, lumina etc. Astfel de stări se întîlnesc în perioade de surmenaj, de suprasolicitare nervoasă și fizică, în stadiile prodromale sau de debut ale bolilor infecto-contagioase, la debutul unor afecțiuni psihice, în Basedow etc.

Fenomenul invers, al creșterii pragului senzorial, *hipoestezia*, realizează o receptivitate scăzută a diverșilor excitanți, o scădere a acuității senzoriale ; ea se întîlnește în stări reactive acute, în stări de inducție hipnotică, isterie, tulburări de conștiință, oligofrenii, schizofrenie și altele.

Dacă în mod convențional putem denumi hiperestezia și hipoestezia ca modificări preponderent cantitative ale senzorialității, iluziile și halucinațiile realizează modificările ei calitative.

Iluziile. Iluzii există și la oamenii normali, ei putînd percepe deformat un obiect, datorită distanței prea mari, luminii insuficiente sau datorită unor stări afective speciale cum este frica în condiții de întuneric, cînd umbrele sînt luate drept ființe ciudate, oameni sau animale agresive.

Sînt cunoscute de asemenea așa-zisele „iluzii fiziologice", optico-geometrice (bățul introdus în apă pare frînt, două linii paralele întretăiate dintr-un anumit punct de o a treia, par curbe), iluziile de greutate, de volum și altele. În aceste situații însă, spre deosebire de manifestările patologice, persoanele corectează ușor eroarea.

În cazurile de iluzii patologice, bolnavul nu le corijează, le consideră veridice, adesea percepția falsă cu obiect, fiind însoțită de interpretarea delirantă, de modificarea lucidității sau de o superficializare a proceselor asociative, de atenție și memorie.

Iluziile realizînd o reflectare denaturată a obiectelor și fenomenelor, se caracterizează prin obiectualitate, fiind generate întotdeauna de un excitant real.

Deși definită în mod constant ca o percepție falsă, menționăm faptul că iluzia adesea constituie în primul rînd o falsă senzație.

După modalitățile senzoriale, iluziile se împart în : exteroceptive (vizuale, auditive, gustative, olfactive, haptice), proprioceptive și interoceptive.

Iluziile vizuale apar cu cea mai mare frecvență și constau în impresia de deformare a obiectelor și a spațiului perceput *(metamorfopsii).* Astfel, persoana poate avea impresia că obiectele sînt mai mari *(macropsie),* sau mai mici *(micropsie),* alungite sau lărgite *(dismegalopsie),* răsucite pe diagonală, asimetrizate etc. Nu numai dimensiunea și forma obiectelor pot să pară modificate, ci și distanța, obiectele respective fiind percepute ca mai apropiate sau mai îndepărtate *(porropsia).* Astfel, spațiul poate fi perceput ca strîmtorat, situație în care obiectele apar apropiate, sau, dimpotrivă, spațiul apare lărgit, obiectele îndepărtîndu-se de subiect. De exemplu, strada poate să apară foarte lungă, locuința înaltă, înclinată. Deși de obicei statice, obiectele pot apare uneori și animate de mișcări.

La unele persoane, interpretarea imaginativă poate oferi percepției patologice un mare grad de bogăție și vivacitate, fenomen desemnat prin conceptul de *pareidolie.* Ea reprezintă o formă de iluzie vizuală patologică constînd în aceea că pacientul ia desenele anodine ale unui plafon, covor sau unghiurile unei încăperi, norii de pe cer, drept persoane, ochi înfricoșători, ființe fantastice, monștri, animale agresive, percepții deformate cu caracter anxiogen.

În sfera iluziilor vizuale sînt înglobate *falsele recunoașteri,* situație în care diverse persoane sînt greșit identificate. Acest fenomen psihopatologic trebuie deosebit de confuzia de persoană, frecvent întîlnită și la oameni normali, atunci cînd perceperea se face incomplet din cauza unor condiții de distanță, luminozitate, revederi după intervale mari de timp sau pur și simplu din asemănarea care creează unele dificultăți de diferențiere. În aceste cazuri însă omul normal realizează rapid critic confuzia și-și revizuiește atitudinea.

În această formă, falsele recunoașteri se întîlnesc în special în stările maniacale fiind explicate prin labilitatea și dispersiunea atenției sau prin desfășurarea accelerată a proceselor asociative. Ele mai pot fi întîlnite în stările confuzionale (în care percepțiile se fac super-

ficial, neclar și incomplet), sau în sindromul Korsakov (datorită tulburării funcției de recunoaștere a memoriei), precum și în sindroamele demențiale senile, traumatice, vasculare.

O variantă deosebită a falselor recunoașteri este fenomenul cunoscut în psihopatologie sub denumirea de „deja văzut" („déjà vu"), „deja cunoscut" („déjà connu"), „deja trăit" („déjà vécu") sau, dimpotrivă de „niciodată văzut" („jamais vu"), bazat în special pe tulburarea fazei de recunoaștere a memoriei. Aceste iluzii se întîlnesc în special în sindroamele de derealizare și depersonalizare, cît și în patologia lobului temporal (stările secunde din epilepsia temporală simptomatică sau genuină).

O a treia variantă a iluziilor patologice, întîlnită mai frecvent în psihozele discordante, este *iluzia sosiilor* (sosiile fiind definite ca persoane sau ființe care se aseamănă într-o măsură atît de mare încît nu pot fi deosebite). În aceste cazuri, persoana cunoscută nu este identificată ca atare ci doar avînd o asemănare cu aceasta.

Uneori bolnavii cu astfel de iluzii consideră că persoanele cunoscute (de obicei rudele apropiate, părinți, frați, surori, soții sau soți) au fost multiplicate, chipurile identice fiind luate drept persoane cu altă identitate. Deseori falsa identificare este legată de interpretarea de substituție a persoanei apropiate cu persoane cu chip asemănător în scopuri agresive bolnavului. Astfel un pacient cu schizofrenie, fugind de la domiciliul conjugal la părinții săi de teamă că va fi omorît de soție, afirmă că mama și sora au fost substituite, iar comparația cu fotografiile acestor două persoane în loc să-i corijeze iluzia, i-a întărit convingerea că soția a reușit să-i substituie rudele adevărate în scopul realizării planului său homicidar. Acest exemplu ilustrează legătura dintre iluzie și interpretarea delirantă.

Iluziile auditive se situează pe locul doi în ordinea frecvenței și constau în impresia că diferite sunete sau zgomote sînt mai apropiate, mai puternice, mai distincte sau dimpotrivă, mai îndepărtate, mai discrete, mai estompate. Alteori, impresia falsă poate fi dată de o modificare pregnant calitativă, situație în care, diferite sunete sau zgomote reale (bătăile ceasornicului, zgomotul robinetului care curge, scîrțîitul ușii etc.) sînt percepute de bolnav sub forma unor cuvinte injurioase, strigăte de deznădejde a aparținătorilor etc., identificarea lor realizîndu-se în mod eronat în funcție de interpretarea delirantă. Acest fenomen, în care bolnavul ia *ceva* drept *altceva* trebuie distins de *interpretarea senzorială*, în care pacientul identifică corect excitantul senzorial (pași, scîrțîitul ușii, bătăile ceasornicului), dar interpretează percepția sui-generis (pașii sînt ai unui persecutor, scîrțîitul ușii anunță intrarea în încăpere a urmăritorului cu intenții agresive etc.).

Considerăm că *interpretarea senzorială* este distinctă (deși apropiată psihopatologic și clinic) de percepția delirantă, în care iluzia și interpretarea se desfășoară pe fundalul intuiției delirante.

Iluziile gustative și olfactive se deosebesc greu între ele, atît datorită vecinătății celor doi analizatori, cît și înrudirii lor embriologice.

Ele constau în perceperea eronată a gustului sau mirosului normal al diferitelor substanţe sapide sau odorifice (parosmie).

Numim iluzii *viscerale* sau *interoceptive* perceperea eronată a funcţionării unor organe sau aparate. Considerăm că noţiunea de iluzie (sau halucinaţie) cenestezică este inadecvat folosită întrucît cenestezia defineşte starea de bună funcţionalitate a organismului şi ca atare nu putem denumi prin acelaşi concept şi impresia de anormalitate a senzaţiei de confort somatic.

Iluziile de *modificare a schemei corporale* (tulburările schemei corporale) reprezintă perceperea denaturată a formei, mărimii, greutăţii şi poziţiei propriului corp. Ele se pot exprima sub forma senzaţiei de mărire sau micşorare a dimensiunilor şi greutăţii corpului (tulburare totală de schemă corporală), fie sub forma transpoziţiei părţilor corpului, micşorării sau măririi acestora (tulburare parţială de schemă corporală). Bolnavii cu astfel de tulburări au senzaţia chinuitoare a lungirii sau măririi corpului (acesta „depăşeşte limitele patului", „picioarele îi ies pe geam", „ajung în tavan"), a fragmentării corpului (linia de demarcaţie a acestuia apare fragmentată).

Asemenea reprezentări în cazul unor leziuni organice dispar prin controlul vederii, dar numai în timpul perceperii nemijlocite, iar prin încetarea controlului vizual modificarea perceptivă reapare. Tulburările de schemă corporală sub forma unor false percepţii (de schimbare a aşezării topografice a membrelor, contorsiunea sau dezmembrarea lor de corp) se întîlnesc mai ales în schizofrenie, în intoxicaţii şi în alterările luciditătii conştiinţei. Ele mai pot fi întîlnite în patologia cu conţinut obsesivo-fobic sub forma dismorfofobiei (faţa este strîmbă, asimetrică, disproporţionată, nasul mare, gura pînă la urechi etc.).

Unii dintre aceşti bolnavi se adresează cu insistenţă instituţiilor de chirurgie plastică, cabinetelor de cosmetică, pentru a le înlătura „defecţiunea" chiar şi prin intervenţii chirurgicale repetate.

Aceste tulburări ale „imaginii corpului" cum le denumeşte Lhermitte se întîlnesc uneori în halucinoza pedunculară şi în sechelele de encefalită epidemică cu leziuni localizate predominant în regiunea parietooccipitală. Ele pot fi întîlnite însă şi în stările confuzive, sau în schizofrenie ca urmare a disocierii conştiinţei propriului eu. De asemenea ele pot fi reproduse în modelele psihozelor experimentale, provocate cu substanţe psihedelice (mescalină, psilocibină, L.S.D. 25). În cadrul acestor modele experimentale tulburările amintite apar de obicei împreună cu metamorfopsiile.

În concluzie, iluziile pot fi întîlnite :

la normali fiind favorizate de circumstanţe externe (distanţă mare, lumină insuficientă, crepuscul), solitudine, sugestibilitate, emotivitate, stare hipnagogică (de trecere de la veghe la somn) etc. ;

la bolnavi cu tulburări funcţionale sau leziuni ale receptorilor, căilor de conducere sau zonelor integrative (în special ale lobului temporal), cu rol în analiza senzorială şi în compararea cu experienţa anterioară ;

la bolnavi cu stări febrile, boli infecto-contagioase sau toxice ;

la bolnavii cu stări confuzionale (de diferite etiologii) ;
la nevrotici, în special obsesivo-fobici sau isterici ;
la bolnavi psihotici, mai ales în perioada de debut a schizofreniei, în stări delirante și depresive.

Agnoziile. Percepția mai poate fi tulburată printr-un defect de integrare gnozică (de transformare a excitației în senzație și a acesteia în imagine perceptivă) datorită unor leziuni ale centrilor de integrare. Astfel bolnavul poate pierde capacitatea de a recunoaște imaginile și persoanele după calitățile lor senzoriale, deși conștiența și funcțiile senzoriale elementare sînt păstrate. Aceste tulburări pot fi sistematizate în funcție de modalitățile senzoriale.

Agnozia vizuală (cecitatea psihică) constă în tulburarea recunoașterii semnificației obiectelor, imaginilor sau persoanelor cu ajutorul analizatorului vizual, deși vederea este intactă și conștienta clară. Bolnavul nu recunoaște obiecte și imagini pînă atunci familiare, deși mișcarea sau contextul acestora pot contribui la identificarea lor ; ea se întîlnește în unele leziuni ale lobului occipital predominant stîng.

În *agnozia obiectelor animate* (agnozia fizionomiei, cecitatea morfologică) sau *prosopagnozia*, bolnavul nu recunoaște persoane foarte cunoscute sau nu se recunoaște în oglindă. Aceste tulburări se întîlnesc mai ales în leziuni ale emisferului drept. *Agnozia culorilor* constă în tulburarea clasificării culorilor însoțită de amnezia numelui acestora și se întîlnește în leziuni ale emisferului stîng.

Agnozia simbolurilor grafice (cecitate verbală) constă în imposibilitatea înțelegerii limbajului scris *(alexie)*, în imposibilitatea scrierii cuvintelor *(agrafie)* sau în sesizarea doar a primelor cuvinte din frază, cu imposibilitatea continuării lecturii *(dislexie)*. Pierderea capacității de recunoaștere a cifrelor și a semnelor aritmetice *(alexia cifrelor)* poartă numele de *acalculie*. Aceste tulburări se întîlnesc în unele leziuni parietale posterioare și occipitale.

Agnozia spațială constă în tulburarea percepției spațiale (deseori limitată la un hemicîmp) cu pierderea posibilității de apreciere a distanțelor (pierderea perceperii stereoscopice), de localizare a obiectelor și de comparare a mărimilor și formelor. Ca o variantă a agnoziei amintite se descrie paralizia spațială a privirii care constă în imposibilitatea de a-și orienta voluntar privirea, în timp ce mișcarea spontană a globilor oculari este posibilă.

Agnozia auditivă (surditatea psihică) constă în incapacitatea de a identifica sunete, zgomote sau cuvinte *(surditate verbală)* sau melodii *(amuzie)*, deși anumite calități ca intensitatea, ritmul precum și localizarea pot fi uneori recunoscute ; ea se întîlnește în leziuni bilaterale ale lobului temporal.

Agnozia tactilă constă în incapacitatea de a recunoaște forma și volumul obiectelor (amorfognozie) sau a obiectelor înseși *(astereognozie)* prin explorarea tactilă și se întîlnește în leziuni ale lobului parietal.

Agnoziile schemei corporale sînt determinate de leziuni ale emisferului minor fiind deci asociate cu hemiplegie stîngă, și se întîlnesc în clinică sub diverse forme și de intensități diferite.

Asomatognozia reprezintă ignorarea (nerecunoașterea) unuia sau mai multor segmente ale corpului sau a corpului în întregime ; *hemisomatognozia (somatoparafrenie)* constă în negarea jumătății corpului, asociată de obicei cu idei delirante. În atenția jumătății stîngi a corpului apare ca o neglijare și neutilizare a jumătății stîngi a acestuia ; *anozodiaforia* reprezintă indiferența față de boală, iar *anozognozia* nerecunoașterea bolii proprii.

Halucinațiile. Patologia majoră a senzorialității, care depășește cazurile sau situațiile aparent normale, care evocă ample tulburări psihopatologice, în general psihotice, îmbracă pe plan clinic aspectul halucinației.

Clasic, halucinația a fost definită (Morel, Ball) ca o „percepție fără obiect".

Forma de manifestare și gradul de convingere care însoțește această conduită pseudoreceptivă impune încă de la început unele distincții semantice.

a) *Halucinațiile funcționale* definesc fenomenul psihopatologic prin care percepția unor excitanți obiectivi, determină apariția unor percepții false, de tip halucinator. De exemplu, bolnavul percepe corect zgomotul roților de tren, al apei care curge de la robinet, bătăile ceasornicului etc. Concomitent însă cu această percepție reală, pacientul aude voci care-l injuriază, îl amenință, îi comentează nefavorabil gesturile sau îl îmbărbătează.

Cea de-a doua caracteristică a acestor halucinații funcționale constă în aceea că ele sînt percepute de bolnav atît timp cît există excitantul real, odată cu dispariția acestuia încetînd și percepția halucinatorie.

Adesea, acest tip de halucinații este luat drept iluzii. Spre deosebire de iluzii însă unde excitantul real este reflectat defectuos și obiectul reflectat este luat drept altceva, în halucinațiile funcționale există două proiecții la nivelul central al analizatorilor : una care realizează imaginea obiectului real și perceput corect, o alta apărută concomitent și condiționată de prima care este imaginea halucinatorie.

b) *Halucinoidele* sînt fenomene psihopatologice de aspect halucinator, situate între reprezentări vii și halucinații vagi, care nu izbutesc să cuprindă convingerea bolnavului asupra existenței lor reale. De fapt acestea sînt forme prehalucinatorii care apar în perioadele de dezvoltare sau de dispariție a halucinațiilor.

c) *Imaginile halucinațiilor eidetice* se deosebesc de halucinoide prin faptul că ele reprezintă niște reproiectări în exterior a imaginilor unor obiecte, ființe (animale sau oameni) care au o forță receptivă deosebit de vie, fiind strîns legate de trăirile intens afective și apropiate de prezent ca desfășurare în timp. De fapt, prin *eidetism* înțelegem facultatea pe care o prezintă unii subiecți de a putea revedea, reproiectînd în exterior un obiect, o fotografie care i s-a expus numai cîteva clipe. Mourgue consideră că aceste imagini reproiectate au multiple asemănări și mecanisme comune cu halucinațiile. Menționăm că aceste mecanisme eidetice de producere a unor imagini halucinatorii uneori cu caracter fiziologic se întîlnesc frecvent la copii. Prin aceasta ajungem la convingerea că poi

exista și halucinații fără semnificație patologică ca și în cazul iluziilor. Există astfel veritabile *halucinații fiziologice* care amintesc trăirile din vis sau viziunile din stările de semisomn (Eug. Bernard Leroy). Ele apar și la subiecți normali fie în perioada stărilor de fază hipnotică (egalizare, paradoxală sau ultraparadoxală), care se succed înaintea instalării somnului *(halucinații hipnagogice)*, sau la trezire *(halucinații hipnapompice)*. Aceste imagini halucinatorii reprezintă figuri, acțiuni, oameni sau scene petrecute de obicei în timpul zilei. Uneori tulburările de percepție pot fi provocate prin sugestie individuală sau în masă, situație în care aceiași excitanți imaginari (miros de parfumuri, imagini vizuale etc.) sînt percepute de un număr mare de subiecți. Toate aceste trăiri halucinatorii însă sînt de scurtă durată, sînt provocate sau stimulate de stările hipnotice fiziologice, persoanele respective corectîndu-le critic cu ușurință.

d) *Halucinozele* sînt definite în special de autorii francezi (M. Claude, H. Ey, J. Delay) ca halucinații a căror semnificație patologică este recunoscută de bolnav. Pacienții recunoscînd esența lor patologică adoptă o atitudine critică față de ele. Deși bolnavul recunoaște că cele percepute nu corespund realității, halucinozele se pot manifesta atît de distinct, încît acesta caută să le verifice autenticitatea pe care de altfel o neagă.

Halucinozele definite astfel, se întîlnesc de obicei la pacienții cu leziuni ale diferitelor segmente ale analizatorilor. În acest sens Lhermitte și Van Bogaert au delimitat halucinoza pedunculară care le poartă numele. Ea se manifestă prin succesiunea unor imagini (oameni sau animale) unice sau multiple, mobile, colorate, de obicei în relief.

Apărînd mai ales vesperal, cu evoluție de obicei paroxistică, durata halucinozei este de cîteva minute sau ore și, uneori, de 1—2 zile.

În afara cazurilor de leziuni în focar ale trunchiului cerebral, halucinozele definite similar, pot fi întîlnite în unele stări toxice și infecțioase (alcoolice, barbiturice, encefalita epidemică), precum și în arterioscleroza cerebrală.

Halucinoza are însă și o altă semnificație. Astfel pentru Wernicke, termenul se aplică în special în toate cazurile în care este vorba de psihoze delirant-halucinatorii, aflate în afara unor episoade de tulburare a conștiinței. În acest al doilea înțeles este cunoscut în literatura de specialitate halucinoza alcoolică acută Wernicke și halucinoza cronică Korsakov, Chotzen) ; asupra lor vom reveni la capitolele respective.

e) *Halucinațiile propriu-zise (psihosenzoriale)* reprezintă tulburările de percepție care corespund integral definiției date mai sus (percepție fără obiect), la care se adaugă caracterul de senzorialitate deși spre deosebire de iluzii, excitantul periferic corespunzător lipsește în momentul realizării imaginii față de care bolnavul nu are o atitudine critică, nerecunoscîndu-i esența patologică. Caracterul lor de senzorialitate este exprimat mai ales, prin respectarea tuturor instanțelor pe care le parcurge o percepție normală (excitant periferic-receptori-aparat de conducere al analizatorului-proiecție corticală în zona de sinteză a analizatorului respectiv). De acest aspect se leagă însăși proiecția spațială a tuturor halucinațiilor descrise pînă în prezent, cu excepția pseudohalucinațiilor.

f) *Pseudohalucinațiile (halucinații psihice)* sînt definite ca o exacerbare a reprezentărilor (autoreprezentare aperceptivă) pînă la intensitatea perceptuală, cu apariție spontană incoercibilă, fără proiecție spațială cu un caracter „de străin" (de exogenitate) și de impus din afară (automatism). G. Petit le definește ca pe niște autoreprezentări aperceptive caracterizate prin incoercibilitate, automatism și exogenitate. Guiraud le introduce (datorită caracterului lor de „străin" și impus eului de cineva din afară) printre fenomenele xenopatice (reprezentări mentale aperceptive). Din cauză că prin aceste „autoreprezentări aperceptive" subiectul este convins că i se provoacă din afară nu numai o impresie senzorială ci și o idee, un sentiment, o acțiune, pseudohalucinațiile au mai fost denumite de către Baillarger și *halucinații psihice*. Ele sînt lipsite de obiectivitate spațială, de obiectualitate, conferindu-li-se în schimb de către bolnav, o „obiectivitate psihică".

Deoarece în analiza psihopatologică a acestor tulburări de percepție s-au utilizat noțiunile de apercepție și reprezentare, se impune explicarea lor.

Apercepția este procesul psihic prin care se realizează utilizarea experienței anterioare în perceperea obiectelor și fenomenelor reflectate în prezent. Acest fenomen explică de ce experiența acumulată anterior ne ajută să întregim imaginea unui lucru, ființe sau fenomen, chiar în condițiile în care asupra organelor noastre de simț acționează un singur excitant particular. Așa identificăm o pasăre după ciripit, un cîine după lătrat, un obiect după culoare, mărime, formă sau duritate, un fenomen numai după o acțiune componentă etc.

Reprezentarea este realizată de imagini ale obiectelor sau fenomenelor percepute anterior sau produse de imaginația noastră pe baza prelucrării mai multor percepții anterioare. De aceea, se consideră că halucinațiile și mai ales pseudohalucinațiile ar reprezenta reactualizarea unor reprezentări sau a unor imagini ale obiectelor sau fenomenelor pe care le-am perceput cîndva sau pe care ni le-am imaginat cîndva.

Datorită importanței pentru psihopatologie a halucinațiilor propriu-zise și pseudohalucinațiilor, le prezentăm separat, considerînd că celelalte forme halucinatorii le-am expus în această introducere succintă, care și-a propus doar elucidarea înțelegerii semantice a termenilor utilizați.

Halucinații propriu-zise (psihosenzoriale). Impropriu denumite „halucinații adevărate" (noțiune pe care nu o acceptăm din cauza antinomiei sale), aceste „percepții fără obiect" se disting prin atributele senzorialității și obiectualității (referirea constantă la un obiect din afară).

În linii de maximă generalitate, halucinațiile psihosenzoriale se caracterizează prin :

— proiecția spațială : fenomenele halucinatorii sînt situate de bolnav în spațiul perceptiv sau dincolo de limitele acestuia ;

— prin convingerea bolnavului asupra „realității" lor ;

— „perceperea" lor prin modalitățile senzoriale obișnuite (ex. halucinații exteroceptive, proprioceptive, interoceptive) și pe căile senzoriale normale (halucinații auditive, vizuale, gustative, olfactive etc.) ;

— grad variabil de intensitate ; percepute discret sau intens, generatoare de anxietate ;

— claritate diferită ;

— complexitate variabilă ;
— durată (intermitente sau continue) ;
— rezonanţă afectivă (anxiogene iniţial sau în manifestarea lor intensă, fără o participare afectivă deosebită din partea bolnavului în stadiile ulterioare de evoluţie).

Descrierea clinică urmează natura senzorială pe care o îmbracă în manifestarea lor şi anume halucinaţii exteroceptive (auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile sau haptice), interoceptive (halucinaţii viscerale), proprioceptive (halucinaţii kinestezice sau motorii).

Halucinaţiile auditive se situează pe primul loc în ordinea frecvenţei la adult, spre deosebire de copil, unde mai frecvente sînt halucinaţiile vizuale ; aceasta probabil datorită faptului că şi în viaţa normală, pe copil îl impresionează mai ales, ceea ce vede, la el predominînd primul sistem de semnalizare, pe cînd la adult (mai sensibil la ceea ce aude), predominînd al doilea sistem de semnalizare.

Halucinaţiile auditive pot fi situate în cîmpul auditiv perceptibil, sau, mai rar, în afara acestuia (extracampin), situaţie în care sunetele pot fi „percepute" de la mari distanţe.

De o intensitate variabilă, ele pot fi discrete, surde, abia perceptibile, antrenînd atitudini de ascultare, sau puternice, obligîndu-l la măsuri de apărare (pune vată în urechi, capitonează camera, uşa sau patul cu materiale cu proprietăţi de izolare fonică etc.).

Sub aspectul complexităţii, halucinaţiile auditive pot fi sistematizate în :

— *elementare (acoasme, foneme),* percepute ca foşnete, pocnete, bubuituri nespecifice, ţiuituri etc. ;

— *comune,* cînd bolnavul le identifică cu anumite sunete bine definite pe care le raportează la un anumit obiect sau fenomen (scîrţîitul uşii, ciripitul unei păsări, lătratul unui cîine, paşii unui om, sunete muzicale etc.) ;

— *verbale (complexe)* situaţie în care bolnavul percepe cuvinte, fraze, „voci" pe care le aude şi le înţelege sau, le aude distinct, fără să le poată înţelege (verbigeraţie halucinatorie). Percepute uni- sau bilateral, vocile pot fi de bărbat sau de femeie, ale unor persoane cunoscute sau necunoscute, în viaţă sau decedate.

Din punct de vedere al continuităţii în timp ele se pot manifesta ca *episodice* sau aproape *continue* (împiedicînd bolnavul să se odihnească) ; ele dispar de obicei cînd bolnavul vorbeşte sau este intens preocupat de ambianţă.

Sub aspectul răsunetului afectiv, halucinaţiile sînt uneori *favorabile* (încurajînd, îndemnînd, sfătuind, comunicînd informaţii), dar mai frecvent ele au un caracter *defavorabil,* duşmănos, injuriind bolnavul, ameninţîndu-l aluziv sau direct. Halucinaţiile auditive pot fi singulare sau multiple (comentative ori antagoniste), unele acuzîndu-l, altele luîndu-i apărarea. Se consideră (Lukianowicz, 1962) că la poliglоţi, vocile străine sînt de obicei ostile, iar vocile în limba maternă au de obicei un conţinut amical. Uneori, ele pot avea un caracter imperativ, poruncind bolnavului să execute anumite acte periculoase, de homicid (fără ca acesta

să li se poată împotrivi), fapt ce conferă halucinațiilor auditive, caracterul de mare urgență psihiatrică.

Sub imperiul unor astfel de halucinații, un pacient schizofren și-a ucis un prieten și a rănit grav alți doi prieteni. Sub vocea imperativă a „Evei", un alt bolnav alcoolic într-o stare de tulburare a conștiinței și-a ucis în timpul nopții copiii. Uneori prin conținutul lor, halucinațiile imperative impulsionează către acte de autoagresiune (sinucidere, emasculare, scalparea organelor genitale etc.).

Enumerînd numai cîteva exemple, credem că este inutil să subliniem cît de importantă este depistarea precoce a unor astfel de tulburări.

Halucinațiile auditive, mai ales în forma elementară și comună se întîlnesc în afecțiunile O.R.L. (otite, mastoidite, surditate etc.) ; în boli neurologice (leziuni ale căilor de conducere, leziuni ale lobului temporal), în stări confuzionale în special onirice ; în deliruri toxice și infecțioase, precum și în unele boli psihice (puseuri depresive, schizofrenie, sub forma de aură epileptică, parafrenie etc.).

Halucinațiile auditive verbale se întîlnesc mai ales în schizofrenie (în special în forma paranoidă) avînd un caracter bizar, neinteligibil și adesea în discordanță cu fondul afectiv. Conținutul trist, dureros este caracteristic halucinațiilor auditive din stările depresive în care bolnavii aud țipetele copiilor, ale aparținătorilor, voci care îi acuză, îi condamnă pentru fărădelegile lor incalificabile).

Halucinațiile vizuale sînt definite ca percepții vizuale ale unor obiecte, ființe sau imagini, inexistente în acel moment în realitate. Mai puțin frecvente la adult decît la copil, ele sînt trăite cu un intens dramatism, avînd în general un caracter terifiant (de groază). Mono- sau policromatice, ele pot fi percepute cu un singur sau cu ambii ochi, după cum pot ocupa cîmpul hemianopsic sau al unui scotom (scotomul pozitiv al lui Morel). Sub aspectul dimensiunii imaginilor, acestea pot avea o mărime obișnuită, mai mari decît obiectele reale *(halucinații macropsice, gulliveriene)* sau mai mici, minuscule *(microscopice, liliputane).*

Din punct de vedere al proiecției spațiale, halucinațiile vizuale pot fi situate într-un singur plan sau în relief, în perspectivă, în cîmp vizual (normal) sau dincolo de posibilitățile percepției vizuale normale (halucinații *extracampine*).

Sub aspectul clarității, ele pot fi distincte sau estompate, vagi, singulare în manifestarea lor sau combinîndu-se, interferîndu-se, ori suprapunîndu-se percepțiilor normale.

Din punct de vedere al complexității, halucinațiile vizuale pot fi :

— *elementare (fosfene, fotopsii),* percepute sub formă de puncte luminoase, scîntei, linii etc.) sau

— *complexe,* percepute ca figuri și obiecte informe *(fantasmoscopii)* sau obiecte, ființe, bine definite *(halucinații figurate)* ;

— *scenice* care la rîndul lor pot fi *statice (panoramice)* sau în mișcare *(cinematografice)* cînd sînt antrenate într-o mișcare caleidoscopică, realizînd scene de vis (onirice).

Unice sau multiple, statice sau dinamice, accesuale sau permanente, halucinaţiile vizuale antrenează (mai mult decît halucinaţiile altor modalităţi senzoriale), subiectivitatea insului, conferindu-i o tonalitate afectivă pozitivă ca în delirul psihozelor de inaniţie (bolnavii văd mese pantagruelice), la fumătorii de opiu în intoxicaţia cu mescalină (figurile halucinatorii apar înfrumuseţate), sau în delirurile mistice cînd halucinaţiile apar sub forma unor scene feerice. Mai frecvent însă, halucinaţiile vizuale antrenează o tonalitate afectivă negativă ca în delirium tremens, unde percepţiile halucinatorii îmbracă aspect terifiant zoopsic sau, în onirismul toxic (exogen sau endogen), cînd apar sub forma unor derulări scenice îngrozitoare.

Halucinaţiile vizuale pot fi favorizate de următoarele circumstanţe : luminozitate insuficientă, slăbirea vederii, slăbirea controlului conştiinţei şi pot apare în următoarele situaţii :

— la oameni normali în starea de trecere de la veghe la somn (halucinaţii hipnagogice) sau în momentul trecerii de la somn la veghe (halucinaţii hipnapompice). Ele apar mai ales cu ochii închişi, sînt elementare sau complexe, de scurtă durată şi recunoscute de cel în cauză ca fiind pur imaginative, lipsite de un corespondent real ;

— în stări de surmenaj intens cînd au o durată foarte scurtă şi caracter hipnagogic (Lhermitte) ;

— în neurastenie (descrise de C. Parhon-Ştefănescu) unde au caracter anxiogen, terifiant, deşi îmbracă o formă elementară ;

— în afecţiuni oftalmologice (retinită, cataractă, glaucom, nevrită retrobulbară etc.) ;

— afecţiuni neurologice : migrena oftalmică (unde au aspect elementar, de fosfene sau fotopsii), leziuni ale lobului occipital (prin traumatisme, focare de ramolisment, tumori), cînd au caracter halucinozic.

O formă mai specială au halucinaţiile vizuale în sindromul Ch. Bonnet (întîlnit în glaucom, cataracte, dezlipirea de retină, leziuni ale chiazmei şi nervului optic), unde apar sub forme simple geometrice sau figurate, însă de obicei sînt viu colorate.

În interesarea căilor optice, cînd leziunea realizează hemianopsie sau scotom, halucinaţia apare cu predilecţie în cîmpul hemianopsic sau al scotomului. În leziuni ale calotei pedunculilor cerebrali, Lhermitte a descris halucinoze micropsice, cinematografice, pe un fond de claritate a conştienţei.

Ele se mai întîlnesc în stările infecţioase intense, în sindroame confuzionale toxice, în delirul alcoolic acut (cînd halucinaţiile reprezintă mai ales figuri de animale care au dimensiuni miniaturale) şi în psihoze, mai ales în forma paranoidă a schizofreniei, în parafrenie etc.

Halucinaţiile autoscopice (heautoscopice, speculare, deutoscopice) realizează „imaginea dublă“ prin care subiectul are percepţia vizuală a propriului corp, a unor părţi din corp sau a unor organe (de obicei proiectate în afara sa). Apariţia lor poate fi unică (timp de cîteva secunde) sau persistentă, realizînd prezenţa continuă a unui dublu. Acesta poate fi identic cu originalul, urîţit, sau (mai frecvent) înfrumuseţat.

Fenomenul are întotdeauna un acompaniament afectiv (de groază sau surpriză), sau poate fi trăit „detaşat" cu o conştiinţă particulară şi critică, fapt ce conferă autoscopiei caracterul de halucinoză.

Halucinaţiile olfactive şi gustative sînt prezentate împreună datorită faptului că embriologic şi filogenetic cele două simţuri sînt îndeaproape înrudite. Datorită acestor considerente, ca şi faptului că în general substanţele sapide sînt în acelaşi timp şi odorifice atît în stare normală, cît şi în stare patologică, senzaţiile gustative pot fi cu greu diferenţiate de cele olfactive.

Deşi mai puţin spectaculare în desfăşurarea lor, halucinaţiile olfactive şi gustative sînt mult mai frecvente decît s-ar presupune, realizînd după opinia unor autori aproximativ 80% din totalul halucinaţiilor. Se consideră că au un caracter secundar, survenind după alte modalităţi halucinatorii, sau ca o consecinţă a delirului. Ele sînt percepute ca gusturi sau mirosuri neplăcute (chimice, metalice, cadaverice) sau (mai rar) plăcute şi se întîlnesc în : „crizele uncinate" din epilepsie (H. Jackson) unde se găsesc împreună cu halucinaţii vizuale, stări de „deja văzut" pe fondul unei stări afective particulare. Apar de asemenea în unele tumori şi leziuni ale lobului temporal, ce interesează mai ales rinencefalul şi uncusul hipocampului. Ele se regăsesc în stări delirante (cu conţinut persecutoriu) şi în stări confuzionale (onirice) de diverse etiologii.

Halucinaţiile tactile constau în impresia de atingere a suprafeţei cutanate (senzaţie de arsură, înţepătură, curent electric, rece, fierbinte etc.). Pot avea o manifestare continuă sub formă de reţea ca în intoxicaţia cu cloral sau discontinuă punctiformă (intoxicaţie cu cocaină). Pot fi percepute la suprafaţă *(halucinaţii epidermice)* sau mai profund *(hipodermice)* cînd oferă impresia unor mişcări de reptaţie sau insecte ce merg pe sub piele *(parazitoze halucinatorii)*. Frecvent, mai ales în stările toxice (alcoolice) ele evoluează concomitent cu halucinaţiile vizuale.

Bolnavii cu *halucinaţii viscerale* (ale sensibilităţii interoceptive) trăiesc senzaţia existenţei unor fiinţe în corp sau a schimbării poziţiei unor organe, a obstruării sau perforării lor. Alteori, ei manifestă convingerea atrofierii, dispariţiei unor organe sau mai rar, de transformare a organismului lor în animale. Foarte frecvent, aceste halucinaţii au o localizare genitală, fiind trăite ca senzaţii de orgasm, violuri directe sau la distanţă. Am cunoscut numeroase astfel de cazuri la femei tinere cu o simptomatologie polimorfă isteriformă. Ca trăire intens psihotică aceste halucinaţii se întîlnesc în cazurile de schizofrenie paranoidă cu fenomene de automatism mental.

Alteori, manifestările halucinatorii sînt cuprinse în patologia schemei corporale *(halucinaţii somatognozice)* evoluînd ca metamorfoze segmentare, membru fantomă etc.

Unii autori consideră şi cenestopatiile drept *halucinoze cenestezice* (A. Porot) pentru faptul că ele constau în perceperea unor tulburări somatice cu localizare variabilă, difuză şi lipsită de modificări organice obiective.

Considerăm însă că cenestopatiile sînt mai degrabă percepţii false cu obiect (adică iluzii), deoarece ele fiind legate în primul rînd de scă-

derea pragului de sensibilitate este greu să excludem existența unor tulburări funcționale locale (la nivelul organului sau sistemului respectiv) acestea constituind obiectul percepției deformate.

Caracterul halucinozic nu ne este de asemenea clar, deoarece de obicei bolnavul cu astfel de senzații penibile (apăsare, constricție, arsuri, furnicături etc.) recunoaște caracterul patologic al tulburărilor numai în măsura în care acesta postulează o boală somatică, de obicei o boală gravă. Ele au deci un caracter mai mult nozofobic și nu halucinozic și le întîlnim în neurastenie, nevroza obsesivo-fobică, în stările hipocondriace etc.

Halucinațiile motorii sau kinestezice (ale sensibilității mio-artro-kinetice sau proprioceptive) sînt percepute ca impresii de mișcare sau deplasare a unor segmente sau ale corpului în întregime. De obicei aceste halucinații ca și cele viscerale și haptice apar cu caracter de exogenitate și ca atare multe dintre ele sînt manifestări pseudohalucinatorii.

Pseudohalucinațiile (halucinațiile psihice) se deosebesc de halucinațiile propriu-zise prin aceea că :

a) nu se confundă de obicei totalitar cu reprezentarea imaginilor unor obiecte și fenomene reale. Bolnavii vorbesc adesea despre voci speciale, „vedenii“ stranii, despre înfățișări psihice ;

b) nu se proiectează în afară în lumea obiectelor și fenomenelor reale, ci se petrec în minte, în cap, în interiorul corpului și ca atare nu sînt percepute pe căile senzoriale obișnuite ;

c) bolnavii sînt convinși de realitatea existenței lor, dar spre deosebire de cei cu halucinații propriu-zise afirmă că vocile, „vedeniile“, mișcările, senzațiile lor penibile sînt rezultatul unor acțiuni impuse care vin din afară, sînt „făcute“ sau „provocate“ de cineva. Plastic, o bolnavă ilustra astfel particularități enunțate mai sus ale acestei tulburări : „vorbesc sub influența hipnozei și aud vocea spiritelor în gînd și în suflet“.

Pseudohalucinațiile ca și halucinațiile propriu-zise se împart după modalitățile senzoriale.

Pseudohalucinațiile auditive se manifestă sub forma unor voci interioare asemenea unui „ecou“ sau ca o *„sonorizare a gîndirii“*, *„sonorizare a lecturii“*. Bolnavul aude ceea ce citește fără voce, considerînd că o persoană străină pronunță în „capul lui“ cuvintele sau frazele lecturii. Fenomenul de sonorizare a gîndirii determină bolnavului convingerea că și alte persoane îi aud și-i descoperă gîndurile, i le ghicesc (tranzitivism). Aceste voci fiind percepute în interiorul capului sînt explicate de el ca fiind „auzite cu urechile minții“.

În acest sens este ilustrativă relatarea unui schizofren la vîrsta de 14 ani, pentru că evidențiază caracterul acestui tip de pseudohalucinații :

— „Am impresia că nu simt în urechi, ci doar în creier ca un fel de întrebare despre care nu-mi face plăcere să vorbesc. Simt ca și cum întrebarea a fost pusă ; am senzația de a fi fost întrebat. Nu pot să mă apăr, în timp ce se vorbește, așa, eu nu pot să fac nimic. Uneori durează ore în șir, nu le pot înlătura“.

În sindromul Kandinski-Clérambault bolnavii caută să-şi explice aceste fenomene prin mecanismul transmiterii gîndurilor cu ajutorul sugestiei, telepatiei, undelor, radiaţiilor cosmice etc.

Pseudohalucinaţiile vizuale apar sub forma unor imagini izolate, sub formă de scene panoramice, iar după conţinut pot fi plăcute, neplăcute, terifiante, proferatoare de insulte etc. Ele apar în „spaţiul subiectiv“ al pacientului şi aşa cum le caracterizează Kandinski „bolnavii văd cu ochii interiori, cu ochii minţii“.

Pseudohalucinaţiile gustative şi olfactive păstrîndu-şi caracterele particulare nu impun descrieri separate faţă de halucinaţiile propriu-zise din cadrul aceloraşi modalităţi senzoriale.

Unele aspecte mai deosebite şi mai importante pentru psihopatologie prezintă pseudohalucinaţiile tactile, viscerale şi kinestezice. Astfel *pseudohalucinaţiile tactile* apar sub forma unor senzaţii deosebit de penibile (electrizare a suprafeţei întregului corp, curenţi magnetici, iradiere etc.) provocate de la distanţă. Aceste pseudohalucinaţii au adesea o localizare în sfera genitală realizînd cel mai frecvent senzaţia de orgasm, de violuri de la distanţă. Unul dintre pacienţii noştri declara că soţia dispunea de aparate cu care provocîndu-i orgasm în timpul nopţii „îi sustrăgea treptat porţiuni din măduvă“.

De existenţa *pseudohalucinaţiilor interoceptive* se leagă noţiunea de „lipsă de libertate interioară“, de „stăpînire interioară“. În aceste situaţii, bolnavii trăiesc senzaţia corporală cu convingerea că sînt posedaţi de animale (şerpi, cîini, pisici, şoareci), de spirite situate la nivelul diferitelor organe, a căror prezenţă o simt adesea acţionînd în conformitate cu cerinţele acestei „persoane străine“. În legătură cu acest aspect, una dintre pacientele noastre care susţinea că este stăpînită de „spiritul unui preot“ afirma că uneori îl simte în cap şi atunci îi tulbură gîndurile, alteori coboară în torace şi-i provoacă dureri, tahicardie, constricţie, iar cînd ajunge la nivelul stomacului îi provoacă greţuri, vărsături sau diaree. Atunci cînd spiritul cobora în sfera organelor genitale, bolnava căuta să-l respingă, cu cuvinte particulare apropierii reale a unui bărbat („nebunule, astîmpără-te, lasă-mă în pace“).

Pseudohalucinaţiile motorii sau kinestezice se exprimă clinic în perceperea executării unor mişcări impuse. Deseori aceste mişcări au caracter de imaginar, bolnavul avînd doar convingerea că le execută automat fără ca ele să se producă în realitate. De obicei ele îmbracă aspectul veritabil al automatismului kinestezic în care bolnavul execută în realitate o serie de mişcări impuse. În acest caz ele se pot manifesta ca *„halucinaţii motorii grafice“* (cînd bolnavului i se pare că scrie sub o influenţă xenopatică), sau sub forma *„halucinaţiilor psihomotorii verbale“*, care realizează aşa-zisul automatism verbal corespondent al automatismului ideativ interior, bolnavul avînd impresia că vorbeşte sub o influenţă exterioară.

Caracterul de exogenitate ne-a determinat să introducem aceste două tipuri de halucinaţii motorii la categoria pseudohalucinaţiilor.

Deoarece expunerea halucinaţiilor după modalităţile senzoriale poate lăsa impresia că se manifestă izolat în cadrul analizatorilor respectivi,

menționăm că adesea ele se asociază constituind așa-zisele *halucinații plurisenzoriale.*

Astfel în sindroamele toxiinfecțioase, pe lîngă halucinațiile dominant vizuale, găsim asociate și halucinații auditive și tactile. În schizofrenie și parafrenie, pe lîngă halucinațiile și pseudohalucinațiile auditive (de obicei dominante) putem întîlni halucinații vizuale, tactile, proprioceptive, interoceptive etc.

Ilustrativă în acest sens este relatarea unui schizofren adolescent: — „Aud voci de vrăjitoare care-mi spun că voi muri. Simt că-mi ies ochii din cap, că ceva mă apasă înapoia lor. Înainte de a adormi îmi apar sicrie ce se apropie, intră prin ochi și se așează pe ceafă, unde este un ecran mic și unde văd oameni morți și sicrie într-o culoare neagră. Ochii mi se rostogolesc înapoi ca să vadă ce se petrece în acest ecran. Alteori văd apropiindu-se o figură în negru, căreia-i disting numai ochii foarte mari și mîinile ca de cadavru cu degete foarte lungi. Simt că-mi crește mandibula și sînt nevoit să mă verific".

Din această relatare reiese că alături de modalitățile halucinatorii multiple pot apare și tulburări de schemă corporală, mai frecvent întîlnite la pubertate și adolescență.

SEMNIFICAȚIA ȘI DINAMICA HALUCINAȚIILOR

Fenomene psihopatologice frapante, de mare amplitudine clinică, studiate cu interes de cercetătorii clasici și moderni, halucinațiile semnifică în majoritatea cazurilor existența unor stări psihotice. Manifestîndu-se cu o deosebită vigoare clinică, halucinațiile atrag de obicei atenția anturajului prin conduita specifică adoptată de bolnavul respectiv. În stadiile ulterioare ale manifestării lor sau cînd bolnavul are tendințe disimulatorii, prezența halucinațiilor nu mai este atît de evidentă, dar cunoașterea lor este la fel de necesară, întrucît halucinația în manifestarea ei discretă sau frapantă, disimulată sau evidentă, păstrează același caracter grav de periculozitate pentru bolnavul în cauză și pentru ambianță, constituind întotdeauna nu numai o urgență psihiatrică, ci o urgență medicală în general.

Așa cum afirmam mai sus, halucinațiile au o mare importanță pentru psihopatologie și pentru orientarea practică a medicului psihiatru sau de altă specialitate, pentru că adesea ele reprezintă surse de comportament agresiv sau autoagresiv și ca atare intervenția terapeutică se impune ca urgență.

În al doilea rînd, halucinațiile elementare și mai ales halucinozele pot avea uneori o valoare orientativ-localizatorie. Astfel în cazul halucinațiilor sau halucinozelor vizuale elementare se suspicionează o leziune în regiunea lobului occipital, în cazul halucinațiilor vizuale complexe — în regiunea temporo-parieto-occipitală. Existența unor halucinații auditive poate sugera sediul leziunii la nivelul lobului temporal, cele olfactive sau gustative pot fi legate de leziuni ale girusului hipocampului, iar halucinațiile heautoscopice pot indica existența unor leziuni în regiunea răspîntiei parieto-occipito-temporale. De asemenea ano-

zognozia însoţită de perceperea mişcărilor imaginare ale hemicorpului paralizat este pusă de Lhermitte în raport cu existenţa unor leziuni la nivelul lobului parietal al hemisferului minor. Dacă în neurologie aceste localizări au importanţa lor diagnostică, în bolile psihice în general halucinaţiile pierd valoarea localizatorie, ele fiind expresia unor tulburări mult mai extinse şi legate de dereglările cerebrale complexe şi difuze.

În evoluţia halucinaţiilor putem distinge o fază adaptativă de zile şi săptămîni caracterizată prin anxietate şi aprehensiune a bolnavului pentru aceste fenomene senzoriale, faţă de care el dezvoltă nu numai reacţii neuro-vegetative ci şi „reacţii psihogene“ (uneori depresive cu tendinţe suicidare) în care verifică, întreabă, ia măsuri de apărare, exprimă teama de a-şi pierde raţiunea, de a deveni „nebun“. Iniţial, tulburările de percepţie au pentru bolnav un aspect aparent xenopatic, bolnavul păstrînd faţă de aceste manifestări referinţe impersonale: „mi-a apărut“, „mi s-a spus“. Ulterior, se realizează o adaptare relativă, bolnavul intră în comunicare cu halucinaţiile adoptînd o conduită specifică exprimată în mimică revelatoare, urechea întinsă, privirea perplexă, extatică, dirijată etc. Deşi într-o relativă familiarizare cu aceste manifestări senzoriale, mai ales în cazul halucinaţiilor auditive, bolnavul urmează recomandările acestora, se supune fără ezitare ordinelor primite, recurge fără deliberare la suicid sau homicid, în funcţie de conţinutul ideativ imperativ transmis (fig. 6).

Mimica şi gesturile sînt adesea completate de replici verbale ce oglindesc starea de tensiune a bolnavului prin dialogul între el şi halucinaţii. Bolnavii vorbesc singuri (solilocvie), uneori exclamă cu voce tare replici care definesc atitudinea lor ostilă faţă de trăirile halucinatorii („pleacă“, „du-te“, „lasă-mă-n pace“, „ieşi afară“ etc.). Alteori bolnavii vorbesc în şoaptă sau schiţează doar mişcările caracteristice actului vorbirii. Sesizarea unor astfel de mişcări la o persoană detaşată de realitate, suspicioasă sau ostilă nemotivat faţă de aceasta, la o persoană a cărei mimică puţin mobilă exprimă mînie, tristeţe, anxietate sau indiferenţă sau cu exteriorizări emoţionale nemotivate (zîmbete bizare, hohote de rîs de obicei nătîng şi necontagios), sugerează posibilitatea existenţei unor elemente halucinatorii sau delirante.

În funcţie de conţinutul halucinaţiilor vizuale, bolnavii pot fi anxioşi sau în extaz, agitaţi sau liniştiţi, cu o privire dirijată în gol sau pot lua măsuri de apărare (fig. 7). Cei cu halucinaţii olfactive şi gustative sînt extrem de suspicioşi, cercetează alimentele, pun aparţinătorii să le guste sau refuză să se alimenteze.

În fazele ulterioare debutului şi mai ales în psihozele delirante, bolnavii dezvoltă o conduită disimulatorie, refuzînd să comunice prezenţa şi conţinutul trăirilor halucinatorii. În aceste condiţii, urmărirea cu tact şi perseverenţă a elementelor de *comportament halucinator* poate fi dublată de utilizarea unor metode de dezinhibiţie a bolnavilor (soluţie de amital sodic cu cofeină după metoda lui Jagodka), sau prin mijloacele de terapie intensivă (electroconvulsivantă, administrare de doze mari de psihotrope). La o serie de pacienţi cu psihoze toxice sau organice pot fi folosite şi alte mijloace de stimulare a exprimării halucinaţiilor sau a







Fig. 6 a, b, c. — Schizofrenie acută pubertară. Episod halucinator delirant. Bolnava, cu halucinații vizuale și auditive, urmărește în tensiune anxioasă desfășurarea unor scene halucinatorii, la care reacționează violent mimico-gestual.

pregătirii halucinatorii. Exemplu : dacă i se oferă un receptor telefonic, este posibil ca bolnavul să inițieze o discuție cu vocile halucinatorii, sau dacă se exercită o ușoară apăsare a globilor oculari se poate obține o intensificare a halucinațiilor vizuale. De asemenea bolnavilor cu potențial halucinogen, li se pot provoca halucinații dacă de exemplu sînt întrebați ce anume văd într-un anumit punct sau dacă li se propune să privească fix în oglindă. Bineînțeles halucinațiile nu evoluează într-o manieră singulară, ci întotdeauna într-un cortegiu simptomatic care, alături de conduita bolnavului, ușurează diagnosticarea lor.



Fig. 7 — Schizofrenie paranoidă. Halucinații vizuale și auditive cu conținut neplăcut. Bolnava privește fix, cu ochii larg deschiși. pupilele dilatate ; fața exprimă o stare terifiantă, de intensitate psihotică.

NATURA PSIHO- ȘI FIZIOPATOLOGICĂ A HALUCINAȚIILOR

Există astăzi trei direcții de cercetare în fiziopatologia senzorialității : a) modificarea funcțiunilor sistemului nervos și ale scoarței cerebrale în special ; b) experiențele cu substanțe psihedelice, psihodisleptice, psihotomimetice sau halucinogene ; c) experiențele de deprivare senzorială.

a) Modificarea funcțiilor sistemului nervos și ale scoarței cerebrale în special

Prima teorie psihopatologică a halucinațiilor care considera că acestea apar prin tulburarea funcției capătului periferic al analizatorului și-a pierdut astăzi actualitatea, întrucît imensa majoritate a bolnavilor cu halucinații prezintă o integritate anatomo-fiziologică a aparatelor senzoriale. Halucinațiile pot apare și după distrugerea organelor periferice de recepție. Astfel surditatea, cecitatea, ambliopia, hemianopsia, scotomul, favorizează apariția halucinațiilor.

Excitarea unor regiuni ale cortexului cerebral a putut duce la apariția halucinațiilor. Astfel : W. Penfield (1936) în cursul unei operații pentru epilepsie a observat că excitarea unui punct al cortexului temporal a determinat o halucinație vizuală cu impresie de „deja văzut", iar excitarea unui punct învecinat a provocat o halucinație auditivă. Ulterior H. Jasper a constatat că excitarea unui punct de pe cortexul

temporal a putut determina apariţia unei halucinaţii muzicale. Alte experienţe au ilustrat că excitarea lobului temporal poate provoca intensificarea sau diminuarea excitanţilor auditivi reali precum şi impresia de straniu sau de familiar a ambianţei.

I. P. Pavlov explică halucinaţiile prin modificarea funcţiilor de excitaţie şi inhibiţie ale scoarţei cerebrale. El consideră că inerţia patologică a excitaţiei în primul sistem de semnalizare ar putea determina halucinaţii vizuale, pe cînd localizarea acestei inerţii în al doilea sistem de semnalizare ar putea determina halucinaţii verbale. Astfel, inerţia patologică a procesului de excitaţie are loc atît „în celulele care recepţionează în mod direct incitaţiile determinate atît de agenţi externi, interni (primul sistem de semnalizare a realităţii), cît şi în diferitele celule — kinestezice, auditive şi vizuale — ale sistemului vorbirii (al doilea sistem de semnalizare), concentraţia poate avea diferite grade de intensitate la nivelul celor două instanţe şi anume uneori poate avea gradul reprezentărilor, iar alteori poate ajunge la forţa unor senzaţii reale (halucinaţii)". Ivanov-Smolenschi explică apariţia pseudohalucinaţiilor sau a halucinaţiilor reale în funcţie de localizarea fenomenului de inerţie patologică a excitaţiei. Astfel după acest autor, cînd fenomenele locale de inerţie patologică a procesului de excitaţie, sînt concentrate, în special în zona optică sau acustică din scoarţă, ele îmbracă de obicei caracterul de pseudohalucinaţii ; dacă excitaţia inertă se întinde şi la proiecţia corticală a funcţiei optice sau acustice, atunci percepţia halucinatorie se proiectează în afară şi ia caracterul unei „halucinaţii adevărate".

E. A. Popov pune la baza psihopatologiei halucinaţiilor existenţa stărilor fazice şi subliniază importanţa fazei de egalizare şi a fazei paradoxale. El arată că prin administrarea cofeinei (întărirea procesului excitator) se realizează diminuarea sau dispariţia temporară a halucinaţiilor, după cum prin administrarea bromului (întărirea inhibiţiei) se realizează o accentuare a halucinaţiilor. Menţionăm faptul că intensitatea stimulilor externi ca şi nivelul pragurilor senzoriale pot avea importanţă în manifestarea halucinatorie, întrucît o creştere a intensităţii stimulilor externi şi respectiv o coborîre a pragului senzorial poate determina diminuarea sau dispariţia halucinaţiei, după cum scăderea stimulilor externi şi respectiv creşterea pragului senzorial poate determina apariţia sau intensificarea halucinaţiilor.

Cu toate acestea „procesele de coordonare neuronală care stau la baza halucinaţiilor sînt probabil prea complexe pentru a putea fi explicate prin inhibiţie şi dezinhibiţie (R. Jung). El consideră că o activare a percepţiilor şi reprezentărilor sau amintirilor pînă la procese halucinatorii are loc prin talamusul reticulat ; este vorba de o influenţare subcorticală a funcţiilor corticale şi anume a acelor arii ale scoarţei care sînt implicate şi în percepţia directă.

E. Holst şi alţii semnalează producerea de halucinaţii prin iritări ale diferitelor regiuni subcorticale. Alţi autori (E. Ewarts, 1962) apropie mecanismul halucinaţiilor de acela al somnului şi al viselor postulînd

o inhibiţie de durată a sistemului cortical în stare de veghe şi o dezinhibiţie a lui în somn.

W. Est (1961), afirmă că o teorie generală a halucinaţiilor şi visului nu s-a putut sprijini pe experienţe neurofiziologice precise, în afara unor asemănări electroencefalografice. El afirmă că unele percepţii precoce pot fi dezinhibate în somn, în izolarea senzorială, în deprivarea de somn şi în intoxicaţii.

b) Experienţele cu substanţe psihedelice, psihodisleptice, psihotomimetice sau halucinogene

Bufofenina (dimetilserotonina), bulbocapnina, dietilamida acidului lisergic sau LSD 25 (Delysid), ditranul, fenciclidina (Sernyl), psilocibina (Hidroximetiltriptamina) etc., au proprietatea de a realiza în administrarea lor experimentală voluntară sau incidentală, o dezintegrare a activităţii psihice caracterizată prin apariţia unor iluzii, halucinaţii, stări oneiroide, sau a unor stări de depersonalizare etc. Fenomenele cele mai frapante constau însă în modificările senzoriale psihotice în special vizuale, de o mare variabilitate, care se extind de la iluzii halucinoide şi halucinoze pînă la halucinaţii adevărate, panoramice, dinamice, policromatice, de aspect oneiroid. Deosebit de frecvente par a fi imaginile eidetice care constau în reprezentări ce se disting printr-o claritate cvasiperceptivă a unor imagini percepute anterior. Probabil că eidetismele şi *calopsiile* (impresia de înfrumuseţare a obiectelor şi ambianţei), precum şi starea subiectivă de eutimie şi euforie sînt motivele principale care determină utilizarea frecventă şi repetată de către unele persoane, în special tinere, a acestor substanţe. Dintre acestea, cel mai puternic efect halucinogen îl realizează mescalina LSD 25 şi psilocibina. Primele experienţe cu substanţe psihedelice au fost realizate de K. Belinger, 1927 şi W. Mayer Gross, 1928, prin utilizarea mescalinei, dar autorii nu au putut trage concluzii edificatoare întrucît mecanismul neurofiziologic de acţiune a substanţei nu era elucidat.

Astăzi se consideră că în metabolismul mescalinei se realizează adrenocromul, care prin nucleul său indolic înrudeşte mescalina cu bufotenina, harmina, LSD 25 şi psilocibina. Alte experimente au evidenţiat legătura între serotonină şi acţiunea substanţelor psihedelice în sensul că acestea ar creşte serotoninemia cerebrală (A. Freedman, 1967). La rîndul său, H. Kluver (1942) reluînd experimentele cu mescalină, menţionează constanţa formelor şi geometrizarea figurilor în stadiul precoce al intoxicaţiei cu această substanţă.

Alte experienţe cu substanţe psihedelice semnalează impresia de modificare a imaginii corporale (ale cărui segmente pot fi percepute microscopic, macroscopic sau fragmentate), apariţia de halucinaţii autoscopice (cu percepţia vizuală a unor organe, părţi din corp) cu imagini de reduplicare a corpului sau cu realizarea „imaginii duble“ în care subiectul îşi vede duplicatul propriului corp de obicei mai înfrumuseţat, la o anumită distanţă de cel real.

Se consideră că „aceste halucinații toxice sînt dezinhibiții ale unor mecanisme cerebrale, preformate, deoarece suita apariției lor este asemănătoare cu aceea din alte halucinații netoxice“ (E. Jung, 1967). Halucinațiile realizate prin administrarea substanțelor psihedelice urmează o dinamică progresivă de la imaginile elementare pînă la imaginile complexe scenice dintre care se remarcă la debutul intoxicației figurile geometrice simple corelate deseori cu o iluminare a cîmpului vizual, perceperea de obiecte izolate pe un fundal omogen, apoi apariția de scene complexe, dinamice și cu legătură între ele, acompaniate de modificări afective.

c) **Experiențele de deprivare senzorială (sensory deprivation)**

Experimentele de deprivare senzorială folosesc în general trei metode :

1. diminuarea pînă la dispariție a stimulilor senzitivi și senzoriali în baie caldă (J. Lilly, 1958) ;

2. micșorarea unor stimuli senzoriali prin ochelari, cu lumină omogenă difuză și în mod proprioceptiv-haptic prin imobilizarea brațelor și mîinilor în mănuși (W. Heron, 1961) ;

3. prin monotonizarea stimulilor (fără o micșorare importantă a intensității lor) cu delimitarea cîmpului vizual și cu fundal acustic monoton.

Toate aceste experimente care întrerup canalele normale de comunicație sau diminuă forța excitantului ori ridică pragul recepției senzoriale au întotdeauna consecințe asupra funcționării biopsihologice a persoanei. Comportarea care apare în urma izolării senzoriale este înrudită fenomenologic cu aceea a bolnavilor psihici. Astfel W. Heron (1957) a izolat subiecți într-o încăpere luminată, în pat, pe o perioadă variabilă în funcție de intoleranța individuală la această experiență. Pentru reducerea aferențelor, subiecții au îmbrăcat mănuși și au pus ochelari de plastic ; s-a realizat o izolare fonică, exceptîndu-se zgomotul monoton al aparatului de aer condiționat, care avea și rolul blocării eventualelor variații de sunet. Se apreciază că unul din cele mai interesante fenomene ale experienței de deprivare senzorială a fost apariția halucinațiilor. Subiecții le-au descris ca fiind asemănătoare cu cele rezultate din intoxicația cu mescalină. Ca și acestea, în dinamica lor, halucinațiile prin izolare au urmat un anumit model : inițial puncte de lumină, apoi modele geometrice simple care s-au complicat progresiv realizînd figuri ce puteau fi recunoscute (șiruri de bărbați galbeni cu gurile deschise), apoi scene tot mai integrate cu desfășurarea unor procesiuni pe stradă etc. În timp ce manifestările halucinatorii se desfășurau tot mai amplu, alte canale senzoriale erau deschise ; subiecții respectivi auzeau voci, coruri (cu impresie stereofonică) apoi simțeau descărcări electrice cutanate sau alte halucinații tactile și somatice.

E. Ziskind (1963—1965) a studiat deprivarea senzorială la bolnavi care în urma leziunilor oculare (cataractă sau dezlipire de retină) au fost

nevoiți să stea cu bandajul ocular mai multe zile. Aceștia dezvoltau un sindrom caracterizat prin iluzii vizuale și distorsiuni perceptuale de tip oneiroid. Ele nu au fost considerate de autor ca halucinații propriu-zise avînd un caracter hipnagogic.

J. Mendelson și colab. (1958) în cursul unei epidemii de poliomielită, la 8 copii instalați în „plămîni de oțel" (cu o deprivare predominant motorie), a constatat după 2 zile apariția unor halucinații auditive și vizuale (zoopsice și policromatice) cu conținut în general agreabil și cu o durată de aproximativ 15 zile.

Halucinațiile realizate prin izolarea senzorială se disting prin următoarele caracteristici :

— sînt puțin influențabile prin voință, au o mare vivacitate, sînt foarte des în mișcare, au un aspect nenatural și straniu (ca părți de peisaje care se mișcă în sens invers) cu o perioadă de latență cuprinsă între 20 minute și 70 ore. Unele halucinații optice au fost mai distincte și mai durabile sub ochelari cu lumină difuză, ele puteau fi tranzitoriu întărite prin întunecare, dispăreau după 2 ore și puteau fi reproduse prin ochelari luminoși, clari.

Experimentele de izolare senzorială, semnificația lor psiho-patologică a fost amplu discutată în 1961 de Ph. Solomon și colaboratorii.

Deprivarea de somn (sleep deprivation) pe lîngă înrudirea ei cu deprivarea senzorială, realizează și o legătură între mecanismele halucinațiilor și cele ale viselor. Ca și în celelalte situații în deprivarea îndelungată de somn au apărut iluzii și halucinații, iar B. Cohen și colab. semnalează prelungirea timpului de reacție și creșterea variației scorurilor de performanță.

L. Kubie (1961) face o analiză comparativă a relațiilor dintre pseudohalucinațiile din vis, din psihoze și halucinațiile realizate în starea de veghe prin deprivarea senzorială. Se pune la îndoială faptul că în experimentele de deprivare senzorială ar exista o adevărată stare de veghe, întrucît caracterul undelor bioelectrice ilustrează o asemănare între stările hipnagogice și somnul ușor. Asemănarea aspectului electrogenezei cerebrale din timpul halucinațiilor prin deprivare și somnul superficial parțial cu arousal (focar de veghe activ) a fost evidențiată de W. Heron (1961) care constata în ambele situații o ușoară încetinire și o aplatizare a ritmului alfa.

Experiențele de izolare senzorială oferă un model analogic al destructurării perceptuale întîlnit în psihopatologia clinică a senzorialității. Acest model este susceptibil de interpretări și tentative explicative ale fenomenului clinic. În afara aprecierilor teoretice însă, deprivarea senzorială (indiferent de natura sistemului senzorial implicat), conduce la concluzii imediate pentru practica medicală. Astfel — mai ales în afecțiuni neurologice — deprivarea motorie prelungită (ex. în cursul sindromului Guillain-Barré), poate duce la iluzii și dezorganizare cognitivă.

Orice boală constituie o amenințare potențială a comunicării, iar medicul trebuie să păstreze același înalt interes nu numai pentru boala propriu-zisă, ci și pentru nevoia de comunicare a bolnavului.

Desfășurarea proceselor perceptive este posibilă numai pe terenul unui echilibru stabil, reglat dinamic prin schimburi afero-eferente cu ambianța ; mai mult, contactul cu un mediu bogat și variat configurat permite o dezvoltare mai amplă și mai diferențiată a sistemelor senzoriale interesate în aceste legături.

În ceea ce privește elucidarea mecanismului intim de producere al halucinațiilor, deși putem vorbi azi de modele experimentale, el nu a fost suficient elucidat. Rămîne cert însă că aceste mecanisme nu sînt legate numai de existența unor disfuncții cerebrale, ci și de tulburări cortico-subcorticale așa cum demonstrează modelele experimentale cu substanțe psihedelice care acționează preponderent la nivel mezodiencefalo-striat și că apariția halucinațiilor în cadrul diferitelor modalități senzoriale este condiționată de starea funcțională prealabilă a analizatorilor respectivi. Astfel, la surzii și orbii din naștere nu se întîlnesc halucinații auditive și respectiv vizuale.

SEMIOLOGIA ATENȚIEI

Atenția este considerată ca o funcție psihică întîlnită în orice sector și orice moment al existenței, avînd ca prim rol autoreglarea activității psihice pe microintervale și în mod intermitent. În procesul formării imaginilor obiectelor și fenomenelor reale aminteam că intervine gîndirea, care prelucrîndu-le și șlefuindu-le, realizează înțelegerea lor conștientă. În acest proces complex de transformare a excitației în elemente de conștiință intervine în permanență atenția, aceasta orientînd și concentrînd activitatea psihică spre un anumit grup limitat de obiecte și fenomene în scopul asigurării condițiilor de claritate a grupului de imagini percepute, cît și a delimitării lor nete față de cîmpul perceptiv. De altfel, nici prelucrarea și șlefuirea informațiilor provenite din mediul intern și extern prin participarea gîndirii nu ar fi posibile fără o participare intensă a atenției. Înțelegem astfel că atenția este o funcție psihică indispensabilă întregului proces de cunoaștere și că fără participarea atenției nu este posibilă activitatea selectivă a psihicului, aspecte de care se leagă atît claritatea percepțiilor, cît și fixarea lor în memorie. Pe drept cuvînt, o serie de autori consideră atenția o funcție psihică cu rol în dirijarea anticipativă, în pregătirea organismului pentru o recepție sau acțiune, în reliefarea anumitor aspecte din ambianță semnificative pentru subiect.

Atenția este înțeleasă ca funcția psihică prin care se realizează orientarea și concentrarea electivă a activității psihice asupra unui grup limitat de obiecte, fenomene și acțiuni definite ; atenția „exprimă acea stare de orientare și concentrare a individului în direcția unor informații, a unor fenomene și evenimente, în scopul de a le înțelege mai bine, de a le asimila sau evita“ (A. T. Bogdan, 1973, p. 98).

Această orientare este în funcție de semnificații determinate de imperative biologic-adaptative sau de electivități personale. Din multitudinea informațiilor senzoriale (ordonîndu-le și ierarhizindu-le), atenția selectează o cantitate relativ redusă de excitanți.

Prezența atenției se manifestă într-un evantai situațional care se întinde de la reacția de orientare nespecifică pînă la orientarea activ dirijată ; ea se întinde de la răspunsul nediferențiat față de un stimul nou și neașteptat pînă la mobilizarea și concentrarea selectivă și durabilă, menținută voluntar într-o activitate de cunoaștere.

Mecanismele psiho-fiziologice evidențiate în ultimele două decenii sugerează ideea conform căreia organismul poate fi privit mai degrabă sub unghiul unui selector și ordonator de stimuli decît ca un receptor pasiv al lor.

În mod clasic se distinge o atenție involuntară, neintenționalã sau primară (Titchener) determinată de stimuli senzoriali ce survin brusc, în stare de nepregătire a organismului sau care poartă o noutate informațională. Se descrie atenția voluntară (intenționalã) care se desfășoară într-o stare deliberată și susținută de un efort volițional și atenția habituală sau postvoluntară (Dobrînin) care este caracterizată prin starea de pregătire și eventual de așteptare în vederea unei recepții mai corecte și mai clare a anumitor stimuli.

După R. Floru (1967) atenția poate fi caracterizată prin orientarea activă a organismului către selecția mesajelor, ajustare anticipativă (receptoare și executoare), focalizare intermitentă a activității psihice. Exercitarea rolului său adaptativ realizează dirijarea activității psihice prin interacțiunea factorilor motivaționali cu a celor situaționali.

Dezvoltarea senzorialității determină, susține și întreține funcția prosexică ale cărei prime indicii pot fi constatate în a II-a lună de viață ; după 4 luni se pun bazele elementare ale curiozității, care la rîndul ei contribuie la edificarea capacității de orientare și concentrare. Dacă înainte de un an, la edificarea atenției stă activitatea concret senzorială (mînuirea jucăriilor etc.), după această vîrstă atenția se dezvoltă pe fondul relațiilor copilului cu ceilalți. Urmărind conduita acestora, mimica, pantomimica, discuțiile etc. el își dezvoltă capacitatea de mobilizare, menținere și concentrare a atenției. Cu toate acestea, atenția primei copilării este predominant spontană, involuntară și puțin persistentă.

În a II-a copilărie, atenția fiind antrenată de interese, preferințe, dorințe își dezvoltă volumul, concentrarea și persistența, punîndu-se astfel bazele atenției voluntare. Activitatea ludică ocupînd un loc tot mai important în viața copilului, devine un mijloc excelent de antrenare și dezvoltare a funcțiilor prosexice și în primul rînd a mobilității și distribuției acestora.

În a III-a copilărie evenimentul prosexic semnificativ constă în dezvoltarea deosebită a aspectului voluntar și a capacității de mobilizare a atenției. În această perioadă aprecierea clinică și psihometrică a funcției prosexice poate orienta pe cercetător asupra eventualelor tulburări ale copilului, manifestate în primul rînd prin tulburări de atenție. Astfel copiii cu tulburări de comportament sînt instabili, distrați. La alții neatenția se manifestă prin caracterul lor pasiv „absent“ sau introvertit, ca expresie a unor stări discordante. Desigur, lipsa de atenție (în special scăderea forței de mobilizare și menținere) poate să fie expresia

unei insuficiente dezvoltări cognitive (la copii oligofreni) sau în cazuri normale, cînd situaţia respectivă este lipsită de interes pentru copil.

În clinică funcţia sau procesul prosexic (al atenţiei) cunoaşte o sistematică predominant cantitativă. Astfel, tulburările de atenţie *(disprosexiile)* pot fi împărţite în *hiperprosexii* caracterizate prin exagerarea orientării selective a activităţii de cunoaştere, *hipoprosexii* care exprimă diminuarea orientării selective a activităţii de cunoaştere şi *aprosexii* care ilustrează dispariţia oricăror posibilităţi prosexice. De asemenea menţionăm că disprosexiile pot interesa atît atenţia involuntară, cît şi atenţia voluntară uneori într-o corelaţie inversă, ca de exemplu în stările maniacale caracterizate printr-o hiperprosexie spontană şi hipoprosexie voluntară.

Hiperprosexiile îmbracă un aspect general în stările maniacale referindu-se la întregul aspect comportamental sau într-o manifestare de mai mică amplitudine, în stări de excitaţie şi de uşoară intoxicaţie. În majoritatea cazurilor însă hiperprosexiile au un caracter selectiv, manifestîndu-se cu predilecţie într-un anumit sector al vieţii psihice sau sub un anumit conţinut ideativ. Astfel, la melancolici hiperprosexia este îndreptată în special asupra ideilor depresive, de culpabilitate, de ruină etc. La cenestopaţi şi hipocondrici hiperprosexia este orientată asupra stării de sănătate a organismului, asupra funcţionării sale, asupra fenomenologiei somatice pe care aceşti bolnavi o dezvoltă. La deliranţi şi în special în paranoia, hiperprosexia este strîns legată de tema delirantă, fiind orientată asupra tuturor evenimentelor, situaţiilor sau persoanelor implicate în sistemul delirant respectiv. Bolnavii fobici şi obsesionali manifestă probabil gradul cel mai înalt de hiperprosexie în legătură cu fobiile şi obsesiile lor de la care nu-şi pot distrage atenţia.

Hipoprosexiile pot fi de intensitate variabilă, ajungînd în stări confuzionale grave la *aprosexie*. Astfel ele se întîlnesc în stările de surmenaj, de irascibilitate şi de anxietate. Hipoprosexia se întîlneşte de asemenea în toate stările aflate sub un nivel optim cognitiv impus de o corectă desfăşurare a funcţiei prosexice, ca de exemplu în stările de insuficientă dezvoltare cognitivă (oligofrenii), stările de deteriorare cognitivă (predemenţe şi demenţe) etc. Hipoprosexiile apar şi în schizofrenie, unde îmbracă însă un caracter special prin comutările motivaţionale incomprehensibile ale acestor bolnavi.

Desigur, hipoprosexiile se manifestă în grade variabile în toate stările confuzionale, evoluînd probabil paralel cu gravitatea acestora. De fapt disprosexiile stărilor confuzionale îmbracă un caracter deosebit, fiind în directă legătură cu starea de trezire (arousal) corticală şi mezodiencefalică.

Mecanisme neurofiziologice ale atenţiei. Cercetările asupra psihofiziologiei atenţiei au cunoscut în ultimele decenii o dezvoltare deosebită prin observaţiile asupra electrogenezei cerebrale şi punerea în evidenţă a formaţiunii reticulate.

Formaţiunea reticulată cuprinde un sistem de neuroni localizat în :

— trunchiul cerebral, bulb, protuberanţă, mezencefal, denumit sistem reticulat activator-ascendent ;

— în diencefal, denumit sistem reticulat difuz de proiecție.

Această împărțire are consecințe fiziologice și psihologice, întrucît :

— stimularea formațiunii reticulate din trunchiul cerebral (mezencefalice) are un efect tonic, de lungă durată, difuz și remanent (prelungindu-se și după încetarea stimulului) ;

— stimularea formațiunii reticulate difuze (diencefalice) are un efect fazic de scurtă durată, limitat topografic și de o durată egală cu stimularea.

Sub aspect psihologic formațiunea reticulată mezencefalică are un rol principal în susținerea (menținerea) atenției în timp ce formațiunea reticulată diencefalică are un rol principal în mobilitatea (comutarea) atenției.

Atenția (involuntară sau voluntară, difuză sau selectivă) nu se poate manifesta fără participarea acestui sistem reticulat activator și selector. Această participare poate fi realizată în mod natural prin stimularea oricărei modalități senzoriale (acustice, optice, tactile) sau prin stimularea electrică experimentală a receptorilor căilor aferente sau a însăși formațiunii reticulate. În cazul în care formațiunea reticulată a fost distrusă prin diverse leziuni sau experimental prin electrocoagulare, efectul activator asupra cortexului este abolit. Dacă se întrerup însă căile senzoriale specifice aferente (deasupra substanței reticulate a trunchiului cerebral), stimularea acelorași căi păstrează efectul activator. Acest fenomen se datorește faptului că în drumul lor spre cortex căile senzoriale specifice ajunse în regiunea mezo-diencefalică trimit ramuri colaterale neuronilor substanței reticulate, în timp ce alte fibre nervoase ale acestor căi merg direct spre cortex. În felul acesta impulsurile nervoase de la receptori în drumul lor spre cortex au la dispoziție două trasee : *unul nespecific*, comun oricărei modalități senzoriale (realizat de ramurile colaterale prin formațiunea reticulată) și *altul specific*, prin căile proprii fiecărui analizator care merg direct spre cortex, evitînd substanța reticulată. Se știe că sistemul nespecific realizează reacția de trezire electrică și comportamentală, acționînd într-adevăr într-un mod nespecific, adică asupra întregii scoarțe, indiferent de modalitatea senzorială prin care a fost impulsionat și indiferent de regiunea corticală căreia i se adresează.

Formațiunea reticulată reprezintă deci nu numai o zonă cu caracter activator (de trezire), ci și o zonă de convergență a impulsurilor senzoriale, fapt ilustrat prin înregistrarea de potențiale evocate în neuronii reticulați în urma stimulării oricărui receptor sau a oricărei căi senzoriale aferente.

Se presupune deci că declanșarea atenției și menținerea ei este realizată de stimularea senzorială naturală ale cărei impulsuri sînt însă selecționate, iar cele care capătă „permis de liberă trecere“ sînt amplificate de substanța reticulată.

În concluzie, orice stimul senzorial supraliminal poartă o dublă destinație :

— transmiterea unei informații (specifice) prin calea aferentă corespunzătoare, direct spre cortex ;

— transmiterea unui impuls formațiunii reticulate, care la rîndul ei realizează trezirea sau creșterea stării funcționale a scoarței.

Rolul activator și de potențiator al substanței reticulate a fost ilustrat de Lindzey care, prin leziuni ale formației reticulate a demonstrat că reacția de trezire corticală (electrică) nu mai poate fi realizată, în timp ce lezarea căilor senzoriale specifice, deasupra formației reticulate nu împiedică reacția de trezire. Bineînțeles că în starea normală, veghea, ca și vigilitatea, este întreținută (după cum arată psihofiziologia pavlovistă) de stimulările senzoriale diverse. Dar aceasta se realizează predominant pe calea indirectă a potențării și tonificării acestei formații prin intermediul substanței reticulate. Numai integritatea sistemului activator-dinamogen mezodiencefalic poate menține un nivel prosexic ridicat, condiția unei rapide și oportune orientări a omului în ambianță.

S-a constatat ulterior că stimularea electrică a diferitelor puncte corticale este capabilă să producă reacția (electrică) de trezire, fapt care punea sub semnul întrebării rolul activator și tonigen al substanței reticulate asupra scoarței. Alte cercetări au ilustrat însă că reacția difuză de trezire a scoarței (în urma excitării ei directe) nu se realizează prin difuziunea excitației pe scoarță, întrucît după separarea acesteia de formațiunea reticulată (prin secționarea corpului calos), excitația corticală nu a mai putut determina reacția de trezire. Deci, reacția de trezire generalizată produsă prin stimularea localizată a cortexului, este realizată tot prin intermediul formațiunii reticulate. Acest fenomen se datorește existenței unor circuite cortico-reticulo-corticale (prin care o excitație aplicată asupra unui punct cortical, este amplificată și retrimisă difuz, întregului cortex).

În concluzie, atît stimularea periferică, cît și stimularea centrală, realizează reacția de trezire (electrică și comportamentală) tot prin intermediul formațiunii reticulate.

Participarea scoarței la propria sa trezire, efectuată prin impulsuri cortico-reticulo-corticale are importanță psihologică în menținerea atenției voluntare. În acest sens, Fuster a arătat că stimularea formațiunii reticulate mărește promptitudinea și discriminarea tahistoscopică și reduce timpul de reacție.

Formațiunea reticulată exercită în același timp și un rol protector asupra cortexului cerebral prin fenomenul de *„ocluzie"* pe care-l exercită asupra multitudinii impulsurilor senzoriale, permițînd (și uneori facilitînd) trecerea numai a acelor impulsuri care poartă un mesaj specific, ce corespunde electivității motivaționale a persoanei. În acest sens, Livingston a avut posibilitatea să demonstreze că o creștere a excitabilității formației reticulate, are ca efect inhibiția mesajelor senzoriale ; deci controlul central asupra căilor senzoriale este de natură predominant inhibitorie. Întărind excitațiile care pleacă de la anumiți receptori, formațiunea reticulată inhibă excitațiile concomitente care pleacă de la ceilalți receptori. Deci formațiunea reticulată pe lîngă funcția sa generalizant-tonigenă și facilitativă, deține și o funcție fracționat-ocluzivă a cărei consecință psihologică este oportunitatea și electivitatea fixării atenției.

Hernandez-Peon a ilustrat această observaţie pe bolnavi supuşi unor operaţii neurochirurgicale, care aveau electrozi implantaţi în cortexul occipital. S-a constatat astfel scăderea potenţialelor evocate la stimuli luminoşi, în cursul unor exerciţii, conversaţii, şi stări emoţionale ; aceste situaţii (cu o mai puternică semnificaţie pentru ins), reuşesc să blocheze impulsul senzorial luminos mai puţin semnificativ. Deci focalizarea atenţiei asupra unei activităţi şi lăsarea în umbră a altora concomitente, se face după o electivitate personală, determinată de constelaţia motivaţională a subiectului.

Acest control eferent asupra receptorilor este în strînsă legătură cu starea funcţională a centrilor nervoşi care pot adapta recepţia şi afluxul senzorial printr-un mecanism de feedback. Controlul adaptativ ilustrează rolul mecanismelor interne şi scoate pe om de sub influenţa univocă a stimulului extern, constituie, sub alt unghi, o replică neurofiziologică la teoria behavioristă care postula relaţia stimul-reacţie, edificînd în acelaşi timp rolul subiectivităţii insului, în viaţa de relaţie.

Metode de investigaţie a atenţiei. *Metoda grafică* — se referă la componenta somatică a atenţiei şi constă în înregistrarea tonusului muscular, a respiraţiei şi a pulsului în timpul momentelor de atenţie.

Cercetarea cu ajutorul *tahistoscopului* duce la aprecieri în legătură cu concentrarea, volumul şi intensitatea atenţiei. Astfel se prezintă pacientului un număr de figuri, într-un timp limitat şi apoi este întrebat ce a văzut. În funcţie de posibilitatea de a se concentra, de volumul şi intensitatea atenţiei, cel investigat reproduce un număr mai mare sau mai mic din figurile care s-au succedat rapid în cîmpul său vizual.

O altă metodă frecventă utilizată în examinarea curentă a bolnavilor psihici este *metoda Kraepelin.* I se recomandă bolnavului să numere de la 100 înapoi din 3 în 3, din 7 în 7 sau din 13 în 13, probă care presupune o concentrare şi stabilitate mare a atenţiei pentru a evita greşelile. De asemenea bolnavii pot fi solicitaţi să spună în ordine inversă zilele săptămînii, lunile anului etc.

Metoda Bourdon (proba barajului) constă în aceea că se oferă bolnavului un text în care el trebuie să taie anumite litere.

SEMIOLOGIA MEMORIEI (FUNCŢIILOR MNEMICE)

Proces psihic al orientării retrospective realizat prin întipărire (fixare), păstrare (conservare) şi evocare (reactualizare), memoria oglindeşte experienţa anterioară şi constituie rezervorul gîndirii şi imaginaţiei, suportul forţei cognitive a insului.

Lange afirmă că viaţa psihică a omului fără memorie constituie doar un ghem de impresiuni senzitive, adică un prezent fără trecut, dar şi fără viitor.

Participînd la reţinerea şi reactualizarea imaginilor senzoriale, şi a conţinuturilor ideative (avînd o manifestare predominant senzorială sau predominant abstractă), memoria asigură şi exprimă unitatea celor două modalităţi de cunoaştere (senzorială şi ideativă).

Insuficient discutată în psihopatologie este însă posibilitatea reactualizării unor stări afective și „trăiri" (care în isterie de exemplu, pot fi de o mare forță și vivacitate), ca și slăbirea posibilităților de evocare în timpul unor emoții negative, fapt ce exprimă participarea memoriei în desfășurarea proceselor afective. Implicațiile memoriei în senzorialitate, ideație și afectivitate conferă acestui proces psihic caracterul de funcție.

Putem afirma că funcțiile memoriei fac legătura între ceea ce a fost perceput, gîndit și trăit, asigură continuitatea și consecvența conștiinței. Ea realizează sub aspect longitudinal (ontogenetic), dar și (la un moment dat) în secțiune transversală, caracterul unitar al insului, fiind aceea care conferă stabilitatea personalității sale.

O privire retrospectivă asupra dezvoltării ontogenetice a funcțiilor memoriei permite o mai bună înțelegere a mecanismului destructurării ei. Astfel în primul an de viață memoria are un caracter pregnant involuntar, copilul putînd reține figura persoanelor apropiate și a obiectelor folosite, recunoaște vocea mamei, a membrilor familiei etc. Manifestarea unor gusturi și preferințe este o ilustrare de conservare mnemică a unor aspecte din experiența sa concret-senzorială. Spre sfîrșitul primului an de viață, se dezvoltă procesul reproducerii, manifestat prin imitarea unor cuvinte, gesturi, posturi.

La antepreșcolari (prima copilărie) între 1—3 ani, se dezvoltă mult procesul reținerii, al păstrării, acesta fiind de cîteva săptămîni pentru vîrsta de 1 an și de cîteva luni pentru vîrsta de 3 ani. Memoria copilului în această perioadă, facilitată de dezvoltarea limbajului, se distinge printr-un puternic caracter afectogen, forța sa mnemică fiind în directă și univocă legătură cu încărcarea afectivă și semnificația care o are pentru copil situația sau obiectul de memorat.

La preșcolari (în a II-a copilărie), între 3 și 7 ani, activitatea ludică (de joc) impune funcției mnemice un caracter voluntar ; jocul obligă pe copil nu numai să fixeze și să rețină, ci și să recunoască și mai ales să reproducă experiența cîștigată în anumite momente impuse de exigența situației și sarcinile ludice. Se dezvoltă acum efortul de a-și aminti, fapt ce realizează legătura funcțiilor mnemice cu cele voliționale, ca și integrarea mai activă a memoriei în ansamblul vieții psihice a copilului. Tot acum se dezvoltă posibilitatea reținerii sonorității și ritmului, se adoptă și se păstrează mai ușor conduita, realizîndu-se în această perioadă, memoria socială (J. Delay).

În perioada școlarizării, la școlarul mic (a III-a copilărie) memorarea păstrează încă un caracter concret senzorial, este puțin selectivă (se oprește încă asupra elementelor nesemnificative) și fragmentară, „de scurtă respirație" (Ursula Șchiopu).

Necesitatea dezvoltării sarcinilor procesului instructiv-educativ dezvoltă aspectul volițional al memorării. În această privință trebuie făcută distincția între memorare și activitatea de învățare (noțiuni frecvent confundate), ultima avînd o sferă mult mai largă, ea cuprinde pe lîngă memorare și alte procese ca observația, atenția, gîndirea, imaginația etc. Învățarea, spre deosebire de memorare (care implică și aspecte incon-

ştiente şi automatizate), este prin excelenţă un proces dirijat voluntar şi conştient, care permite nu numai acumularea şi reţinerea, dar şi sistematizarea, ordonarea şi prelucrarea cunoştinţelor şi relaţiilor.

În psihopatologie funcţia mnemică cunoaşte altă sistematizare decît în psihologia generală. Psihopatologia distinge o *„memorie imediată“* în care reproducerea sau recunoaşterea unui material are loc într-o perioadă ce nu depăşeşte 10″ de la prezentarea lui. În *„memoria recentă“* reproducerea sau recunoaşterea materialului are loc după un interval ce depăşeşte 10″ de la prezentarea lui.

În sfîrşit, *„memoria evenimentelor îndepărtate“* se referă la evenimentele trăite de la începutul vieţii pînă în perioada prezentă.

În legătură cu primele amintiri menţionăm faptul că deşi funcţia mnemică începe să se manifeste în jurul vîrstei de 6 luni, totuşi prima copilărie (perioada dinaintea vîrstei de 3 ani) nu lasă amintiri. De aceea explicaţia freudiană conform căreia evenimentele acestei perioade sînt uitate prin refulare, este „pe cît de îndrăzneaţă pe atît de gratuită“ (J. Delay, 1950). Omul normal nu păstrează amintirile dinaintea vîrstei de 3 ani, întrucît în perioada respectivă, deşi fixează impresiile, el nu are posibilitatea unei evocări ordonate, cronologice şi de construcţie logică a unei istorii a evenimentelor sale trăite. De aceea asupra perioadei primei copilării el nu păstrează decît reminiscenţe de imagini. Uneori însă evenimentele atunci fixate se pot manifesta în situaţii patologice prin aşa-numita „memorie autistică“.

Într-adevăr memorarea, în special în forma ei voluntară, este un act de sinteză psihică, actul memorării presupunînd o acţiune de participare activă a subiectului în cauză.

În legătură cu activismul persoanei (pe care dorim să-l subliniem) în procesul memorării şi în special al fixării, menţionăm că autori mai vechi (Averbach) au vorbit de un aşa-numit „prezent psihologic“ sau „prezent aparent“ (James), căruia au încercat să-i măsoare şi durata apreciind că aceasta ar fi cuprinsă între 0″—12″.

P. Janet a reluat problema şi a introdus noţiunea de *„potenţare a prezentului“ (présentification).* El a arătat că realizarea prezentului este inseparabilă de constituirea evocării. Deci prezentul ar consta în transformarea acţiunii în evocare în acelaşi moment în care noi o executăm. Prezentul, spune P. Janet, este o evocare realizată în acelaşi moment în care noi o prezentăm.

În felul acesta actul de potenţare a prezentului devine un act intelectual în care este implicată conduita actuală şi procesul evocării, potenţarea prezentului unind deci evocarea cu acţiunea. Ceea ce nu poate fi trăit, actul la care subiectul nu a putut participa pe deplin conştient, nu va putea fi evocat, ci doar repetat. Tocmai această creativitate a evocării realizează nu numai potenţarea prezentului, ci şi actul de construcţie a acestuia. Numai o intensă şi deplină participare a subiectului care transformă imaginea trăită într-o judecată asupra imaginii, realizează legătura între memorie şi gîndire pe fundalul conştienţei şi conferă memoriei caracterul de proces cognitiv.

Recunoaşterea (funcţie a memoriei definită ca potenţial de diferenţiere a imaginilor prezente de cele trăite) nu se rezumă deci numai la o diferenţiere a trecutului în măsura în care imaginile lui se suprapun pe cele ale prezentului, ci ea reprezintă un act psihic complex în care intervin operaţiile gîndirii (analiza, comparaţia, diferenţierea).

Tulburările de memorie pot fi sistematizate sub aspect clinic în : *dismnezii cantitative*, în care includem *hipomneziile, amneziile* şi *hipermneziile ; dismnezii calitative (paramnezii)*, în care includem : a) *tulburări ale sintezei mnezice imediate* (sentimentul de straniu, falsele recunoaşteri) ; b) *tulburări ale rememorării trecutului* (confabulaţie, ecmnezie, anecforie etc.).

Considerăm că toate aceste tulburări se înscriu în conceptul general de dismnezii al cărui prefix „dis“ semnifică o tulburare generală, nespecifică.

Dismnezii cantitative (hipomnezii, amnezii, hipermnezii)

Hipomnezia semnifică scăderea de diferite grade a forţei mnezice. Spre deosebire de J. Delay (1950), L. Michaux (1965) care ignorează hipomneziile redîndu-le în fond sub noţiunea de amnezie, Kurt Schneider consideră că termenul de amnezie (uitare totală) este inadecvat, întrucît „anularea totală a unor urme de memorie nu există decît în imaginaţia romancierilor“.

Hipomneziile, frecvent întîlnite în viaţa curentă ca în stări de surmenaj, stări nevrotice, datorită unui deficit prosexic (de atenţie) pot fi regăsite şi în patologia psihiatrică, în stări de insuficientă dezvoltare cognitivă (oligofrenii, stări de involuţie etc.).

Amneziile în sens strict semnifică pierderea totală a capacităţii mnezice, prăbuşirea forţei mnezice.

Ranschburg (1921) are meritul de a fi făcut sistematizarea (încă actuală) conform celor două direcţii de destructurare mnezică luînd ca punct de referinţă debutul bolii : a) amnezii de fixare (anterograde), b) amnezii de evocare (retrograde).

a) *Amneziile anterograde* se referă la evenimentele trăite după debutul bolii, fiind datorate mai ales scăderii capacităţii de fixare a imaginilor şi evenimentelor noi, fapt pentru care mai poartă numele de amnezii de fixare. Ele se caracterizează prin incapacitatea insului de a reda un eveniment trăit recent, în timp ce amintirile anterior fixate sînt relativ bine conservate, putînd fi încă redate.

Contrastul frapant între imposibilitatea de fixare a evenimentelor prezentului şi conservarea celor din trecut a fost evidenţiată iniţial de Korsakov, prin prezentarea unui bolnav care descria foarte bine şi cu atîta relief călătoriile sale încît atrăgea admiraţia oricui, dar în acelaşi timp el uita complet că repeta aceeaşi povestire pentru a zecea oară într-o singură oră. Un alt bolnav reda excelent scrierile literare pe care le-a creat înaintea bolii, dar în privinţa nuvelei pe care o începuse înainte de a se îmbolnăvi, el îşi amintea perfect începutul dar nu putea să-şi facă o idee despre modul în care trebuia să o termine.

Totuşi E. Bleuler critică termenul de amnezie de fixare, întrucît afirmă el, capacitatea de fixare poate fi lezată fără ca bolnavul respectiv să prezinte vreo tulburare de memorie propriu-zisă.

Deşi conceptul de amnezie de fixare este utilizat încă în ciuda acestei opoziţii, l-am menţionat totuşi, întrucît el aduce în discuţie implicaţiile atenţiei şi observaţiei în procesul memorării şi mai ales al fixării prezentului. Într-adevăr în această problemă sînt frecvent confundate două noţiuni distincte : fixarea unei impresii (perceperea sau înregistrarea ei) şi — actul memorării, care implică asimilarea noii impresii în ansamblul personalităţii insului, sau, cu alte cuvinte, actul construcţiei prezentului.

Această distincţie corespunde într-o oarecare măsură celei realizate de psihologia experimentală între memoria imediată şi memoria evenimentelor îndepărtate. Cum am menţionat, memoria imediată constă în a reproduce numaidecît ansamblul de obiecte prezentat. Durata ei scurtă, include timpul de formare a imaginei respective. Integritatea memoriei imediate presupune deci integritatea actului perceptiv. Astfel, fixarea este un act senzorial elementar, în timp ce memorarea este un act intelectual care presupune un mai înalt nivel de organizare a vieţii psihice. Veritabila amnezie de fixare depăşeşte deci condiţia unei insuficiente mobilizări prosexice întîlnindu-se în situaţii caracterizate printr-o perturbare a organizării psihice. În fond putem considera ca şi E. Bleuler că aşa-numitele amnezii de fixare sînt de fapt amnezii de memorare sau de integrare, întîlnindu-se şi în situaţii în care fixarea poate fi păstrată. Amnezia de fixare se întîlneşte în : stări de confuzie mentală, sindrom Korsakov de etiologie alcoolică, infecţioasă sau traumatică, presbiofrenie, psihoză maniaco-depresivă, stări reactive, stări nevrotice şi în reacţii psihogene.

b) *Amneziile retrograde (de evocare)* sînt amneziile în care tulburarea memoriei se întinde progresiv spre trecut, într-un sens retrograd, dinaintea debutului bolii pînă în copilărie, căpătînd astfel caracterul unei amnezii retrograde progresive. În aceste situaţii destructurarea funcţiilor psihice nu este atît de accentuată încît să împiedice orice fixare sau memorare. Deseori însă amneziei retrograde i se supraadaugă caracterul anterograd, realizînd o progresivitate anterogradă, deci amnezia anteroretrogradă, care priveşte atît evenimentele de după debutul bolii, cît şi pe cele dinaintea debutului acesteia.

J. Delay compară memoria cu un jurnal intim scris în timpul existenţei insului, dar caietele prezentate de amnezici, spune autorul, sînt prost întreţinute. Unii au smuls ultimele pagini şi continuă să le rupă de la sfîrşit spre începutul caietului : sînt amneziile progresive. Ele se întîlnesc în stări de involuţie în care slăbirea funcţiei mnezice se exercită iniţial şi mai accentuat asupra evenimentelor recente, în timp ce cu cît ne îndreptăm spre trecut, amintirea faptelor trăite este tot mai bine conservată. Uitarea mai accentuată a faptelor mai recente nu poate fi explicată aici printr-un defect prosexic, ci printr-o mai mare complexitate a amintirilor recente, ca şi prin încărcarea afectivă a aces-

tor amintiri. Amintirile mai îndepărtate legate de evenimente puternic emoționale pot și ele păstra o încărcătură afectivă intensă, dar aceasta se referă selectiv la tema acestor evenimente, în timp ce celelalte amintiri nu-și mai păstrează caracterul emoțional. Evocarea evenimentelor mai recent trăite este acompaniată însă de un caracter emoțional general. Datorită acestei componente afectogene generale trecutul apropiat este mai greu de manipulat pentru că este așa cum spune J. Delay „încă încărcat de viitor". În acest trecut este încă dificil de operat, întrucît evenimentele sale sînt implicate în multiple aspecte relaționale pe care timpul (relativ scurt) nu le-a descurcat și sistematizat. În acest sens amintirile mai îndepărtate sînt dimpotrivă mai bine ordonate, logic sistematizate, definitiv parcă separate nu numai de cunoștințele prezentului (în care insul se descurcă tot mai greu), ci și de consecințele prezentului (pentru el tot mai anxiogene). În felul acesta cu cît evenimentele trecutului sînt mai îndepărtate, cu atît ele sînt mai puțin angajate în prezent și cu atît tensiunea afectivă necesară redării lor este mai mică. În plus, cu cît evenimentele sînt mai îndepărtate, cu atît ele au fost frecvent evocate, astfel încît evocarea lor actuală a devenit o obișnuință și o repetare cvasimecanică incomparabil mai simplu de o realizat decît trecutul mai apropiat, mai complex și mai puțin automatizat.

Un alt model al amneziei retrograde se întîlnește în instalarea afaziei Wernicke, pe care o considerăm veritabilă demență a limbajului. Aici însă nu este vorba doar de uitarea cuvintelor auzite, citite sau scrise, ci de uitarea vocabularului însăși, de uitarea cunoștințelor, aceasta pentru că în însăși ontogeneza insului, cunoașterea asupra trecutului nu este realizată doar de amintiri propriu-zise ci și de cunoștințe, atît unele cît și altele realizînd trama cognitivă a persoanei. În felul acesta este imposibil să delimităm net trecutul persoanei de cunoștințele sale generale achiziționate prin procesul organizat al instrucției și cel liber al experienței. În afazie, ca și în involuție, amnezia are un caracter progresiv dar nu atît de la prezent spre trecut, cît mai ales de la complex spre simplu, de la cognitiv prin afectiv la senzorial motor. Astfel dimi-nuă și dispar achizițiile cognitive, sărăcește bogăția vieții afective, forța ei de modulare și nuanțare și în sfîrșit variabilitatea mimico-pantomimică.

Cuvintele sînt uitate într-o ordine progresivă ca și cum ar respecta anumite reguli gramaticale : inițial numele proprii, apoi numele comune, adjectivele și în sfîrșit verbele, ca și cum aceste categorii gramaticale ar fi integrate în straturi suprapuse, atinse progresiv de leziune.

Considerăm că acest model al destructurării mnezice nu urmează o ierarhie anatomică (întrucît indiferent de localizarea leziunii cerebrale și de etiologie, această ordine a dispariției cuvintelor se păstrează), ci o ierarhie psihologică, explicată de J. Delay prin așa-numita „lege a disoluției memoriei", conform căreia disoluția ce realizează amnezia merge întotdeauna de la complex la mai simplu. Astfel sînt uitate inițial numele proprii, întrucît este mai complexă reamintirea numelor proprii

decît a celor comune, a celor comune decît a adjectivelor, iar a adjectivelor decît a verbelor.

Delay are meritul de a fi introdus conceptul de disoluție. Cu mult înainte și anume la sfîrșitul secolului trecut, Th. Ribot a descris legea „regresiunii memoriei", prin care uitarea se întinde atît de la prezent spre trecut, cît și de la complicat la mai puțin complicat. „Destrucția mnezică merge progresiv de la complex la simplu, de la inconstant la constant, de la neobișnuit la automatizat ; întîi dispar evenimentele recente, apoi fondul mai vechi, mai tîrziu afectele, ultimele, obișnuințele simple și profund înrădăcinate (Th. Ribot, 1882). Astfel el arată că limbajul rațional este uitat înaintea celui emoțional, exclamațiile, injuriile, interjecțiile fiind mai bine reținute decît restul cuvintelor și mai puțin bine reținute decît expresiile mimico-pantomimice care dispar în cazuri deosebit de grave, ordinea deteriorării limbajului fiind inversă față de construcția, de evoluția naturală a limbajului sub aspect ontogenetic și social istoric. Într-adevăr, limbajul mimico-pantomimic, veritabilă expresie reflexă a limbajului, apare primul în evoluția social-istorică a omului, precum și în evoluția lui ontogenetică. De asemenea limbajul emoțional în ordine social-istorică și ontogenetică, apare înaintea limbajului ideilor, forma cea mai complexă a comunicării.

Revenind la metafora lui Delay constatăm că alți inși au în aparență un jurnal mai corect, dar cu unele pagini albe. Există o lacună în evocarea trecutului lor, exprimată clinic prin *amnezia lacunară.* Aici nu se poate citi nimic, întrucît evident nu a fost scris nimic, deși după părerea noastră este foarte greu să presupunem că nu s-a înregistrat nimic. În orice caz amnezia lacunară reprezintă un hiatus mnezic (temporar) în viața insului, înregistrat de obicei în stările grave de modificări ale lucidității conștiinței. Ea se întîlnește cu ocazia unor stări confuzionale (indiferent de etiologie), traumatisme cranio-cerebrale, echivalențe epileptice sau stări crepusculare, stări de beție patologică sau chiar de beție profundă pe care și-o provoacă să zicem omul normal, deși un asemenea grad de beție exclude de fapt normalitatea psihică.

Considerăm că unii autori împart în mod eronat amneziile lacunare în : *amnezii totale* (în care bolnavul nu-și amintește nimic din cele întîmplate) și *amnezii parțiale* (în care bolnavul își aduce aminte vag și parțial), deoarece acestea din urmă sînt de fapt hipomnezii. De obicei în aceste cazuri este vorba nu de o pierdere a capacității de înregistrare, ci o imposibilitate de descifrare și reproducere conștientă a unor evenimente trăite în perioada de stare.

Am putea considera că acel carnet care rămîne cu file albe pe care Delay îl folosește pentru a descrie plastic amnezia lacunară, exprimă mai degrabă stările de apsihie (Guiraud) întîlnite în comele profunde, în care individul nici nu înregistrează, dar nici nu reacționează la nici un fel de stimul. Se impune deci diferențierea amneziei lacunare de acele stări din timpul acceselor convulsive, stărilor comatoase, narcozei profunde, după care bolnavii nu reproduc, datorită faptului că nici nu au înregistrat nimic, capacitatea de înregistrare fiind total abolită, fapt ce nu se descrie în stările psihice urmate de amnezie lacunară.

Amnezia tardivă sau *întîrziată* (Spätamnesie), este legată de o tulburare de conştienţă, dar spre deosebire de amnezia lacunară, lacuna mnezică asupra perioadei confuzionale, nu se instalează imediat consecutiv acesteia (moment despre care bolnavul îşi poate aminti încă), ci treptat şi numai după o anumită perioadă. Acest tip de amnezie, descris în epilepsie şi în stări confuzionale de Voltar, este consemnat şi de Snejnevski, existenţa lui fiind însă pusă la îndoială de K. Schneider.

Alţi dismnezici au şters pasaje care se referă la anumite evenimente sau persoane, astfel încît pe alocuri caietul a devenit nelizibil. Este amnezia electivă sau tematică a cărei veridicitate clinică este pusă sub semnul întrebării de către Delay. În aceste situaţii se apreciază că amintirile au fost bine constituite şi fixate, dar rememorarea lor voluntară devine imposibilă. Aceste amintiri nu sînt distruse, ci doar acoperite să zicem cu un voal, putînd fi conştientizate într-o evocare involuntară sau prin mijloace de investigaţie psihologică. Evenimentele şi situaţiile respective au fost uitate, întrucît trăirea lor a fost acompaniată de o stare afectiv-negativă, aceste amnezii fiind susceptibile de a dispare odată cu schimbarea împrejurărilor care au produs starea afectiv-negativă ; din acest motiv astfel de amnezii au mai fost denumite psihogene sau afectogene, iar pentru că se referă la un aspect singular al evenimentelor trăite (situaţii, nume proprii, formule chimice, limbi străine) mai poartă denumirea de amnezii tematice. În acest sens este edificatoare următoarea situaţie a unei paciente în vîrstă de 58 de ani : fiind căsătorită cu un alcoolic cu mari tulburări de comportament care, cum spunea bolnava, a maltratat-o întreaga viaţă, într-o bună zi i-a „încolţit în cap“ ideea să-l suprime, după ce încercările repetate de divorţ au fost brutal împiedicate de soţ prin ameninţări cu moartea şi molestări fizice grave. Putea povesti coerent şi în perfectă concordanţă cu desfăşurarea cronologică a evenimentelor pînă în momentul cînd a pus mîna pe topor şi şi-a lovit soţul mortal. Dincolo de această amintire bolnava intra într-o stare de tensiune psihică deosebit de puternică acompaniată de jocuri mari tensionale, tahicardie, congestionarea feţei, neputînd relata cum a comis crima, deşi nu nega comiterea ei, ci din contra căuta să o justifice ca unică soluţie.

Din acest exemplu reiese caracterul specific al acestor amnezii şi anume electivitatea care se adresează întotdeauna unei teme legate de preocupările intense afectiv-negative ale insului.

Spre deosebire de amnezia lacunară care constă în uitarea unei secţiuni (temporare), amnezia electivă este uitarea unui anumit conţinut.

Hipermneziile sînt tulburări cantitative ale funcţiei mnezice, caracterizate printr-o exagerare a evocărilor care apar multiple, tumultoase şi cu o marcată tendinţă involuntară îndepărtînd subiectul de preocupările principale impuse de conjunctura prezentă. De comun acord cu K. Schneider, considerăm că există hipermnezii şi la oamenii normali, legate de momente deosebite cu conţinut afectiv negativ (anxiogen) sau pozitiv (bucurii mari, reuşite etc.). Astfel un adult de 45 de ani povestea că îşi aminteşte cu lux de amănunte şi îşi reproduce eidetic toate scenele trăite timp de cîteva zile după ce se tăiase accidental, prezentînd

o plagă în regiunea supraorbitară stîngă, atunci cînd avea vîrsta de patru ani.

Totuși, această evocare exagerată o întîlnim de obicei într-o serie de afecțiuni psihice caracterizate printr-o îngustare marcată a cîmpului preocupărilor așa cum se întîmplă în psihopatia paranoică sau în paranoia. Acești bolnavi reţin cu o exactitate uimitoare nume, numere de dosare, date, adrese, cifre etc.

Hipermnezia poate fi întîlnită însă și la unii oligofreni hidrocefali, chiar și la idioți, care au posibilităţi excepţionale în reţinerea unor date, cifre, memorarea lor avînd însă un caracter de obicei pur mecanic. Pot de asemenea ocaziona hipermnezii consecutive, stările febrile, narcoza cu eter, cloroform, barbiturice, șocurile insulinice, stările hipnotice. Tot astfel diferite toxice și în special substanţele psihodisleptice sau psihedelice (cum sugestiv le denumește H. Osmond 1966) au proprietatea de a releva, „de a face manifest psihicul", putînd în același timp să determine hipermnezii. Aspectul oneiroid al acestor stări, determină pe membrii așa-numitelor „grupuri de gîndire" sau de „fumători de opiu" să declare că cele mai mici evenimente ale tinereţii, scenele uitate din primii ani de viaţă reapar acum reînsufleţite, ceea ce le creează impresia că trăiesc „un secol" într-o noapte.

Aceste reminiscenţe hipermnezice au fost considerate de Ribot rezultatul unor condiţii negative „asemenea unor voci slabe care nu se pot face auzite decît atunci cînd au dispărut oamenii cu voce tare". Această idee a lui Ribot evidenţiază faptul că hipermneziile (în special oneiroide) ilustrează un deficit grav al funcţiei sociale a memoriei întrucît :

— se șterge linia de demarcaţie între trecut și prezent, trecutului nemaifiind recunoscut ca atare, ci trăit ca prezent sub o înfățișare halucinatorie ;

— nu există nici o selecţie, nu se mai exercită nici un triaj în evocarea amintirilor care inundă conștiința, evenimentele banale ca și cele esenţiale pentru ins, fiind prezentate pe același plan și cu aceiași amplitudine.

În acest sens uitarea care se exercită în primul rînd asupra evenimentelor și aspectelor nesemnificative ale vieţii (și eventual asupra evenimentelor dezagreabile afectiv-negative), devine un veritabil cenzor al memoriei. Fără acest element de cenzură exercitat prin uitare, memoria, în curgerea ei neîntreruptă și neselectivă ar fi inutilizabilă sub aspect social. Aceste situaţii se întîlnesc într-o mică amplitudine la psihastenici care fixează univoc și succesiv toate evenimentele, derulîndu-se ulterior în mintea lor cu aceeași lipsă de discernămînt, sau la maniacii onirici care sînt cuprinși nu numai de fuga de idei, ci și de fuga de imagini.

Psihopatologia cunoaște situaţia desemnată sub conceptul de *mentism* în care subiectul devine un veritabil spectator al desfășurării incoercibile și tumultuoase a ideilor și amintirilor sale. Acești bolnavi sînt incapabili de a rememora, întrucît orice efort prosexic (de fixare a atenţiei) este împiedicat de derularea cu aspect caleidoscopic a unor imagini pe ecranul conștiinţei.

Ca formă supremă de hipermnezie, în care forţa evocărilor atinge maximum, poate fi considerată viziunea retrospectivă, trăită de bolnavi în timpul unor stări confuzionale, psihogene, în momentul marilor paroxisme anxioase, în unele stări halucinatorii sau în crize de epilepsie temporală. În toate aceste situaţii, ca şi în cele de pericol existenţial imanent, persoanele respective au impresia că revăd şi retrăiesc în cîteva momente întreaga lor viaţă.

Dismneziile calitative sau paramneziile. *Paramneziile* (termen introdus de Kraepelin) sînt amintiri deformate, false, neconcordante cu realitatea, fie sub aspectul desfăşurării lor cronologice, fie sub aspectul lipsei de legătură cu realitatea obiectivă trăită în prezent sau în trecut de bolnav.

Tulburările sintezei mnezice imediate. Prin analogie deci cu iluziile din cadrul tulburărilor de percepţie în cazul *iluziilor de memorie* este vorba de evocări eronate ale unor fenomene sau acţiuni, trăite în realitate de bolnav, dar care nu sînt încadrate în timpul şi spaţiul real în care ele s-au petrecut sau nu sînt recunoscute de bolnav ca trăite sau netrăite. În grupa aşa-ziselor iluzii de memorie pot fi încadrate următoarele manifestări clinice :

a) *Criptomnezia* constă în nerecunoaşterea, ca fiind străin, a unui material literar, artistic, muzical sau ştiinţific, pe care bolnavul l-a citit sau auzit în realitate, dar pe care, în mod iluzoriu, îl consideră că este al lui propriu. Această iluzie de memorie trebuie deosebită de plagiat, în ultima fiind vorba de o acţiune conştientă întreprinsă în virtutea unui anumit scop.

Criptomnezia ar putea fi socotită ca expresie a scăderii forţei discriminatorii între evenimentele personale şi cele străine, între evenimentele trăite şi cele auzite, citite sau petrecute în vis. Situaţia inversă, în care bolnavul consideră că evenimentele trăite sînt doar citite, auzite sau văzute, poartă denumirea de *„înstrăinarea amintirilor"*.

Criptomnezia se întîlneşte mai frecvent în schizofrenie şi delirurile sistematizate (paranoia şi parafrenia), cît şi în unele demenţe traumatice (senile, arteriosclerotice etc.).

De altfel, în general în unele psihoze paranoice, paranoide sau parafreniforme, ideile delirante pot fi legate de o falsificare a amintirilor în funcţie de starea timică dominantă (sub imperiul sentimentului de culpabilitate la depresivi sau al supraestimării la maniacali).

b) Ca o variantă a criptomneziei este *falsa identificare* sau *falsa recunoaştere* (fausses reconnaissances) descrisă de Wigan (1880) sub numele de „dublă conştiinţă". Ea constă în a recunoaşte, ceea ce de fapt bolnavul nu recunoaşte. Falsa identificare este deci o iluzie sau „o halucinaţie a prezentului", rod al jocului dintre prezent şi trecut, dintre percepţie şi reprezentare. Ea se întîlneşte în stări de surmenaj, stări de obnubilare a conştienţei, în stări maniacale, schizofrenii etc. Ea este probabil starea premergătoare a fenomenelor de „déjà vu", „déjà connu", „déjà éprouvé", în care subiectul are impresia de a mai fi văzut, cunoscut etc., persoanele sau situaţiile respective. Uneori, el are impresia

că, în situaţiile amintite a avut (ca şi acum) aceeaşi stare afectivă, fapt pentru care se poate utiliza noţiunea de „déjà vecu".

c) Opusul ei este aşa-zisa *„iluzie de nerecunoaştere" (non-recunoaştere),* în care bolnavul crede că recunoaşte persoane pe care nu le-a cunoscut şi nu este sigur că recunoaşte persoane pe care le-a cunoscut. Ea se întîlneşte mai rar decît antonimul ei, falsa recunoaştere. Îndoiala asupra identităţilor (din iluzia de non-recunoaştere descrisă de Dromard şi Levassort), ilustrează aceeaşi luptă între prezent şi trecut, între percepţie şi reprezentare, care hărţuieşte pe bolnav (în special psihastenic) între irealităţi acceptate, cunoscute şi realităţi pe care nu le recunoaşte. În stări patologice mai avansate bolnavul are impresia de a nu fi văzut, cunoscut sau trăit, evenimentele sau situaţiile actuale ; este fenomenul „jamais vu", care se întîlneşte mult mai rar decît cele expuse mai sus.

Pe aceeaşi linie de tulburări se înscriu *paramneziile de reduplicare (Pick)* fiind caracterizate prin dedublarea perpetuă a obiectelor şi situaţiilor trăite. Astfel bolnavul descris de Pick susţinea că a mai fost tratat într-o clinică identică, de un medic care semăna leit cu cel de acum etc. În aceste situaţii nu se realizează o continuitate între amintire şi trăirea actuală, adică impresiile actuale nu sînt confruntate cu amintirile.

Toate modificările patologice calitative ale memoriei ar putea fi încadrate în grupa tulburărilor sintezei mnezice imediate (pseudomnezii).

Tulburările rememorării trecutului sau allomneziile constituie o altă grupă de modificări calitative ale memoriei. Ele sînt falsificări mnezice retrospective sau reproduceri ale unor evenimente reale din trecut pe care bolnavul le situează în mod fals în prezentul trăit. Amintim că această împărţire a paramneziilor în tulburări ale sintezei mnezice imediate şi allomnezii este destul de artificială, deoarece foarte frecvent tulburările de memorie a evenimentelor recente se intrică cu tulburările rememorării trecutului. Utilizînd totuşi această tentativă de sistematizare, în cadrul allomneziilor descriem *pseudoreminiscenţele, confabulaţiile, ecmnezia şi anecforia.*

a) *Pseudoreminiscenţele* constau în reproducerea unor evenimente reale din trecutul bolnavului, pe care acesta le trăieşte ca evenimente prezente. În astfel de cazuri, bolnavul amestecă frînturi ale evenimentelor din trecut cu ceea ce el trăieşte în prezent, iluzia de memorie constînd în nerecunoaşterea timpului şi spaţiului în care s-a produs acţiunea respectivă. De exemplu, o bolnavă cu sindrom amnestic Korsakov relata că după ce a luat masa de dimineaţă, şi-a dus copilul la şcoală, acesta fiind elev în clasa I-a. Din informaţiile culese de la familie reieşea că înainte de a suferi traumatismul pacienta conducea într-adevăr dimineaţa copilul la şcoală. Deci evenimentul anterior trăit, era situat în prezent şi relatat ca atare.

b) *Confabulaţiile (Pick) sau halucinaţiile de memorie* se manifestă prin reproducerea unor evenimente imaginare (pe care bolnavul nu le-a trăit) el fabulînd asupra trecutului cu convingerea că îl evocă. Bolnavul nu spune adevărul, dar nici nu minte, pentru că nu ştie că minte ; el este în afara adevărului, dar şi a falsului. Fabulaţia se situează între minciună şi adevăr, întrucît bolnavul deşi convins că este sincer, igno-

rează adevărul. Putem afirma de aceea, că fabulația este sora inconștientă a minciunii. Spre deosebire de fabulație care amestecă în mod inconștient adevărul și eroarea, minciuna, realizînd distincția conștientă a erorii aduce un omagiu adevărului (pe care însă îl ascunde).

Confabulațiile au fost denumite halucinații de memorie prin analogie cu percepția fără obiect care definește halucinația (în cazul confabulației, reproducerea unor amintiri ireale, netrăite de bolnav).

În sindromul Korsakov, unde confabulațiile se întîlnesc frecvent atît timp cît bolnavul încă mai privește cîtuși de puțin critic starea sa (păstrînd parțial conștiința tulburărilor de memorie), el umple golurile mnezice cu evenimente ireale, imaginare, mai ales atunci cînd este solicitat să relateze din antecedentele sale. Se vorbește în aceste situații de *„confabulări de perplexitate"*, *„confabulări de jenă"*, *„de incurcătură"*, exprimînd astfel efortul bolnavilor de a se încadra totuși în parametrii realității pentru a respecta ordinea cronologică a desfășurării evenimentelor din care au mai rămas doar niște fragmente. Atunci cînd bolnavul umple golurile unor amintiri pierdute cu evenimente verosimile, dar netrăite în realitate este vorba de *confabulații mnestice*, iar cînd aceștia relatează evenimente fantastice pe care le inserează între evenimente reale trăite (de exemplu o bolnavă afirmă că a zburat cu trenul la o înălțime de cîțiva metri deasupra pămîntului) este vorba de *confabulații fantastice*. În sfîrșit atunci cînd confabulațiile apar sub forma unor scene asemănătoare celor de vis („greve ale copiilor", „mase de oameni cu capetele tăiate", „convoaie de sicrie" etc.) fenomenele sînt cunoscute sub denumirea de *confabulații onirice (Dupré)*. Atît bogăția confabulațiilor, cît și gradul de neconcordanță cu verosimilul (aspectul fantastic sau oniric) sînt într-o relaționare directă cu scăderea pragului conștiinței, cu diminuarea capacității de înțelegere critică și în general cu scăderea intelectului și regresiunea personalității.

În practica noastră am observat, cum de altfel menționase deja Pick (1905), bolnavi cu forme incipiente de demență senilă cu confabulații multiple, deși tulburările de memorie erau insuficient exprimate, aspect care poate fi preponderent explicat prin deteriorarea sferelor enunțate mai sus. De aceea nu sînt recunoscute confabulațiile la oligofreni, la care nu se dezvoltă funcțiile sociale ale memoriei decît parțial, spre deosebire de demențe, unde aceste funcții regresează concomitent cu gîndirea sau preced regresiunea gîndirii, intelectului și în general a personalității.

c) *Ecmnezia* spre deosebire de confabulație, în cazul căreia pacientul nu deosebește realul de imaginar, reprezintă o tulburare mai globală de memorie în care pacientul confundă trecutul cu prezentul. Dacă în cazul pseudoreminiscențelor vorbeam de un anumit eveniment real din trecut, pe care bolnavii îl încadrează ca timp în prezent, în ecmnezie este vorba de întoarcerea întregii personalități la perioade demult trăite de bolnav. Astfel bolnavii senili, de mult pensionați, trăiesc în prezent perioade trecute din viața lor profesională, sau se consideră tineri, adolescenți, femeile dîndu-și numele de fată. Bolnavii retrăiesc (activ) în prezent scene, episoade ale unor perioade îndepărtate. Una dintre pa-

cientele noastre în vîrstă de 75 de ani, de profesie învățătoare, pensionată cu peste 20 de ani în urmă, se considera că are 30 de ani, că este în plină ascensiune profesională, că merge în fiecare zi la școală, făcînd în același timp aprecieri asupra comportării elevilor, asupra nivelului clasei. Socotea că în legătură cu comportarea soțului de care a divorțat cu 45 de ani în urmă, se va sfătui cu părinții dacă este sau nu cazul să divorțeze (atît părinții, cît și soțul erau de mulți ani decedați). Această întoarcere la perioadele din trecut se întîlnește mai ales în demența senilă în cadrul așa-zisului delir senil (Jislin).

d) *Anecforia* reprezintă o stare mai ușoară de tulburare a memoriei care poate fi întîlnită atît în stările de surmenaj, cît și în unele forme și stări predemențiale și demențiale reprezentînd posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care pacientul le credea uitate. Reproducerea este posibilă dacă se sugerează sau se reamintește pacientului unul sau mai multe elemente ale acelor evenimente. Această reproducere anecforică ar putea fi plastic comparată cu ridicarea unui „văl" care acoperea amintirile respective.

IPOTEZE ÎN LEGĂTURĂ CU MECANISMELE NEUROFIZIOLOGICE ȘI NEUROFIZIOPATOLOGICE ALE PROCESELOR MNEMICE ȘI ALE TULBURĂRILOR LOR

Neurofiziologia clasică și modernă bazată pe observații experimentale și clinice, a constatat că mai ales anumite regiuni din creier sînt susceptibile de buna funcționare a proceselor mnemice. Astfel hipocampul și lobul temporal în general a fost prima regiune cerebrală ale cărei leziuni au indicat tulburări mnemice. Korsakov (1890) este probabil primul autor care, în sindromul ce-i poartă numele, a descris leziuni bilaterale în hipocamp.

Mult mai tîrziu, o serie de cercetători (W. B. Scoville, 1937 ; W. Penfield, 1958 ; B. Milner, 1959 ; G. Störring, 1962 ; D. Cameron, 1965) au evidențiat în cazuri de leziuni sau extirpări ale unor porțiuni din lobul temporal, dismnezii de intensitate variabilă în special ale memoriei de fixare.

După lobul temporal, regiunea corpilor mamilari a devenit obiectul de cercetare, observîndu-se că în urma atrofiei acestora evidențiată anatomo-patologic (de Guden, 1896 și Gamper, 1928) apar amnezii. S-a observat apoi că leziunile bilaterale ale lobilor frontali au ca o consecință psihopatologică importantă amnezia de fixare. S-a considerat însă că aceste leziuni frontale nu ar duce în mod univoc la dismnezie, ci ele ar fi consecința firească a disprosexiei și hipobuliei, situate pe primul plan al simptomatologiei psihopatologice a lobului frontal.

Leziunile cortexului parietal prin fenomenologia afazo-agnozo-apraxică, realizează ca un simptom de al II-lea ordin, *„amnezii categoriale"* caracterizate prin dificultăți de achiziție și de învățare a unor date noi și a unor situații complicate.

Dat fiind zonele relativ întinse implicate în distructurarea mnezică, cît și observația conform căreia majoritatea acestor dismnezii sînt de fixare, de integrare a unor noțiuni noi, în timp ce memoria evenimentelor îndepărtate este relativ bine conservată, considerăm că este ha-

zardat să apreciem că procesul mnezic ar putea fi localizat într-una sau chiar în toate formațiunile mai sus-amintite.

Întrucît structurile anatomice responsabile de fixarea mnezică nu erau cunoscute, Lorente de Nó (1913) a presupus existența unor circuite reverberante, neuronale, care formînd lanțuri relativ închise, puteau stoca, într-o manieră dinamică, informațiile mnezice. Papez (1938), Delay și colab. (1958) și alții, consideră că aceste circuite (hipocampo-mamilo-talamo-cingulare) ar interesa cornul Ammon, fimbria hipocampului, fornixul, corpii mamilari, partea anterioară a talamusului și gyrus cinguli. Este posibil ca activitatea neuronală a acestor circuite reverberante să fie de intensități variabile și chiar intermitente, din moment ce ea poate fi reluată după unele stări în care electrogeneza cerebrală este aproape abolită : ca în stările de comă, sub narcoză etc.

Cercetări histologice de mare finețe bazate pe microscopia electronică și pe fixarea cvasiextemporanee a fragmentelor celulare în acid osmic, au evidențiat în scoarța cerebrală anumiți corpusculi sferici (vacuole interfibrilare) amplasați la distanțe relativ constante, și în legătură cu un număr relativ constant de fibre nervoase. Se consideră că fiecare corpuscul de acest fel împreună cu fibrele nervoase adiacente ar reprezenta o unitate funcțională capabilă de a intra în acțiune după un stereotip funcțional anterior, chiar și la punerea în funcțiune a unei singure fibre nervoase.

În ultimele două decenii, neurochimia a adus pe alt plan o serioasă contribuție în efortul de elucidare a mecanismelor mnezice, prin studiul acidului dezoxiribonucleic (D.N.A.) și ribonucleic (R.N.A.) care au un rol indiscutabil asupra potențialității mnezice. Astfel, E. D. Cameron și colab. în 1961, 1963 au putut demonstra un paralelism între creșterea concentrației de R.N.A. în creier și creșterea volumului și potențialității mnezice. Demonstrația inversă a dedus-o H. Hyden (1962), care a observat scăderea cantității de R.N.A. și a substanțelor proteice înrudite la unii bolnavi psihici dismnezici.

S-a demonstrat că prin deprivarea senzorială a unui anumit analizator, neuronii acestuia pierd din cantitatea normală (anterioară) de R.N.A. Se crede că impulsurile informaționale ar avea posibilitatea unei reorganizări a bazelor purinice din moleculele R.N.A. Fiecare categorie informațională, prin variatele modificări ale R.N.A.-ului, ar putea astfel realiza proteine specifice în neuron, iar fiecare serie de noi excitanți ar duce la o dezintegrare a acestor proteine specifice cu descărcare de mediatori chimici la nivelul sinapselor, cu activarea formațiunilor post-sinaptice și punerea consecutivă în acțiune a altor circuite neuronale.

Spre deosebire de ceea ce se credea, cantitatea de R.N.A. este de aproximativ 10 ori mai mare în celulele gliale decît în neuroni, fapt ce a determinat pe unii autori să considere că potențialul mnezic este în legătură nu numai cu numărul de neuroni sau cu cantitatea de R.N.A., ci și cu legătura funcțională dintre glie și neuroni.

Babich și colab. (1965) după realizarea unui reflex condiționat auditiv la șobolan, a sacrificat animalul și a prelevat un fragment cerebral diencefalo-temporal, din care s-a extras R.N.A. și s-a injectat apoi unui

alt animal care nu avea fixat reflexul condiționat respectiv. S-a constatat că acesta, fără exerciții de condiționare, a dezvoltat reflexul auditiv identic cu al primului animal.

Metode de investigație psihologică a memoriei. Investigația psihologică a memoriei nu poate fi făcută decît pe baza unei corecte desfășurări a funcției prosexice. Într-adevăr, chiar în condiții de sănătate, fără bună intenție, fără un efort prosexic și volițional, funcția mnezică nu poate fi investigată. Date fiind aceste condiții mult mai greu de obținut în situații patologice, rezultatele investigațiilor paraclinice vor avea un caracter relativ. Probabil din aceleași motive, majoritatea autorilor consideră că orice tulburare mnezică semnalată nu trebuie luată în considerație decît dacă este integrată într-un sindrom patologic ; orice amnezie izolată fără alte simptome clinice, trebuie să atragă întotdeauna atenția asupra unei eventuale simulații. Datorită faptului că testele zise „de memorie" măsoară în realitate aspecte psihice variate (ele avînd strînse corelații nu numai cu testele de inteligență, ci și cu cantitatea cunoștințelor achiziționate), cercetătorii moderni au renunțat la probele clasice de memorie, aceasta cu atît mai mult, cu cît analiza factorială ilustrează că numai cuplurile de silabe pot exprima fidel forța mnezică sau „memoria brută" (desprinsă de alte implicații cognitive și de cunoștințe). Întrucît însă clinicienii cer probe care să exploreze funcția mnezică, pentru a respecta rigorile mai sus-amintite, recomandăm metoda Vieregge în care persoana de investigat repetă unele cifre ce le-a pronunțat examinatorul ; se cere repetarea cifrelor după un minut (petrecut în liniște), și încă o repetare după un alt minut, în care s-a încercat distragerea atenției prin conversație sau printr-un mijloc oarecare. Un adult sănătos poate repeta după primul minut 6—8 cifre și după al doilea 5—6 cifre.

Rămîne încă uzuală proba orașelor, în care se dau bolnavului 6—10 nume de orașe și i se atrage atenția că trebuie să le rețină ; după ce i se distrage timp de un minut atenția, el este solicitat să le reproducă. Importantă și de neînlocuit pentru examenul uzual este urmărirea relatărilor bolnavului în legătură cu istoria existenței sale.

Metoda Bernstein predominant vizuală, cuprinde două grupuri de figuri desenate în profil : în primul rînd sînt nouă figuri, iar în al doilea 25 figuri, între care sînt cuprinse și primele 9. Prima grupare se prezintă subiectului timp de 30″, după care i se înfățișează a doua grupare din care este pus să recunoască primele 9 contemplate anterior.

Testul cel mai complet de investigație a potențialului mnezic este *scala Wechsler pentru memorie :* „Wechsler Memory Scale" (W.M.S.), care cuprinde mai multe probe : de informație generală, de orientare. de „control mental" (repetarea alfabetului sau numărarea în sens invers). memorarea unui paragraf, memorarea imediată a cifrelor, memorarea perechilor de cuvinte ș.a. (v. cap. Investigația psihologică).

SEMIOLOGIA GÎNDIRII

Gîndirea este considerată ca un proces central al vieții psihice, ca o activitate cognitivă complexă, mijlocită și generali-

zată prin care se distinge esențialul de fenomenal, în ordinea lucrurilor și ideilor, pe baza experienței și a prelucrării informațiilor. Activitatea cognitivă orientează subiectul în situații problematice, modelîndu-i conduita. Prin această activitate constructiv-ideativă, pe baza faptelor concrete, a datelor senzoriale, omul poate ajunge la cunoașterea indirectă a obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare. Tot indirect, mijlocit, pe plan ideativ, gîndirea ajută la cunoașterea unor fenomene viitoare, oferind astfel insului posibilitatea influențării desfășurării evenimentelor și angajării sale într-o conduită prospectivă.

Multitudinea obiectelor și fenomenelor din lumea înconjurătoare ar dezorganiza conduita, dacă omul nu ar avea posibilitatea să selecteze din acestea ceea ce îi este comun, esențial, general și stabil.

Caracterul abstract al gîndirii este determinat nu numai de sesizarea esențialului și generalului din obiecte și fenomene, ci și din edificarea relațiilor dintre acestea, în intercondiționarea și dinamismul lor perpetuu.

În desfășurarea sa, acest proces de construcție ideativă procedează prin așa-numitele *„operați ale gîndirii"*.

— *Analiza* este operație de desfacere, de separare mentală a obiectului sau fenomenului, în părțile componente de diferențiere a însușirilor sale.

— *Sinteza* reprezintă operația opusă analizei, care realizează reunirea mentală într-un ansamblu unitar sau întreg, a însușirilor esențiale și particulare a obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare.

— *Comparația* este operația prin care se disting *asemănările* și *deosebirile* dintre obiectele și fenomenele analizate. Îr. fond, atît analiza cît și sinteza elementelor componente ale unui întreg nu pot fi realizate decît pe baza aprecierii asemănărilor și deosebirile lor, în virtutea unui anumit criteriu, fapt ce situează comparația la baza operațiilor de analiză și sinteză.

— *Abstractizarea* este operația gîndirii care constă în abstragerea, în desprinderea unei anumite laturi sau însușiri ale obiectului sau fenomenului, în timp ce în momentul respectiv ignorăm, facem abstracție de celelalte. Prin această alegere a unui element considerat esențial din întreg, abstractizarea coboară spre analiză, cu care se înrudește, și de aici spre concret, întreținînd unitatea și continuitatea cunoașterii (senzoriale și logice).

Urmînd calea inversă, de la abstract la concret, operația care concepe obiectul sau fenomenul în toată varietatea trăsăturilor sale caracteristice, poartă numele de *concretizare* ; ea se apropie de experiența senzorială și ne furnizează exemple spre ilustrarea generalului.

— *Generalizarea* este operația opusă, de ridicare de la reflectarea unui obiect sau fenomen la o categorie de obiecte sau fenomene pe baza unor elemente comune și esențiale. Generalizarea se efectuează la diverse niveluri de generalitate, ea putînd cuprinde grupe mai mari sau mai mici de obiecte și fenomene ce au o trăsătură comună.

În funcție de elementele comune și de cele particulare, se poate stabili o împărțire a obiectelor și fenomenelor, se poate realiza o ierarhizare a lor prin operațiile de sistematizare sau clasificare.

Această distincție tranșantă a operațiilor gîndirii trebuie considerată predominant didactică, întrucît în practică ele se desfășoară într-o manieră procesuală, în interdependență și cu momente de concomitență. De exemplu : orice analiză presupune comparație și sinteză ; generalizarea este o formă superioară de sinteză, iar la rîndul ei, abstractizarea este o analiză prin sinteză.

Operațiile analitico-sintetice ale gîndirii sînt generate de o anumită motivație, au o anumită desfășurare și orientare către un scop și ca atare ele sînt strîns legate de acțiunile persoanei umane.

Deși analiza și sinteza sînt operații care se desfășoară predominant pe un plan ideativ, ele nu sînt detașate niciodată de acțiunea practică reală. Se poate afirma chiar că activitatea de analiză și sinteză mentală își are geneza, prima ei formă de manifestare, în desfășurarea concretă a unei acțiuni practice.

Prin aceste operații, gîndirea realizează ceea ce este specific și inedit, cunoașterea. Ea este obiectivată în dezvăluirea esențialului, stabilului și a raporturilor dintre fenomene. Cunoașterea rezultă din contradicția și confruntarea dintre cunoștințele prealabile ale subiectului (veritabile puncte de reper general valabile și cu semnificație categorială), care constituie programul și informația variabilă. Această confruntare dintre informație și program constituie conținutul acțiunii mentale. Cunoașterea se desfășoară deci pe baza confruntării între ceea ce este achiziționat și cunoscut (programul) și ceea ce este nou, necunoscut (informația). Această confruntare dintre program și informație, care constituie principiul călăuzitor al acțiunii mentale, ne apare deci ca o contradicție între cunoscut și necunoscut.

Efortul cognitiv este îndreptat spre cucerirea unor tot mai vaste teritorii din aria informațională, spre transformarea necunoscutului în cunoscut. Această acțiune de defrișare și sistematizare a necunoscutului, realizează situația problematică. Conținutul multiplelor situații problematice ridicate de realitate în fața omului este realizat de confruntarea cunoscut-necunoscut.

Operațiile gîndirii nu pot fi corect înțelese decît prin prisma caracterului lor acțional și prin desfășurarea lor în cadrul situației problematice.

Operațiile gîndirii, în desfășurarea lor ideativă, beneficiază de aportul cuvîntului, în care se fixează abstractul și generalul și care cumulează un mare potențial informațional. În cuvînt pot fi fixate chiar relații între obiecte și fenomene, pot fi decupate raporturi, se pot indica sensuri (pozitive, negative, reținere, înlăturare). Cuvîntul devine astfel un principiu al experienței și practicii umane, un principiu al activității umane.

Prin fixarea simbolică și păstrarea datelor, cuvîntul are deci un rol cognitiv (de achiziție și depozitare a informației), precum și un rol

reglator (de vehiculare informațională) în cadrul desfășurării acțiunii mentale.

În felul acesta se realizează *noțiunea*, conceptul care cristalizează însușirile comune și esențiale ale obiectelor și fenomenelor din cadrul experienței perceptive.

Legată indisolubil de cuvînt, noțiunea nu se identifică cu acesta, putînd fi exprimată prin cuvinte variate în cadrul aceleiași limbi, varietatea cuvintelor sporind încă prin traducerea lor în diferite limbi.

Formate în decursul dezvoltării social-istorice, noțiunile sînt însușite în cursul evoluției individuale a insului ; ele sînt într-adevăr însușite în cadrul unui complicat și îndelungat proces și nu preluate pur și simplu, așa cum se întîmplă la copii și uneori în stările discordante. Dar noțiunile în forma lor dată de logică, în specificitatea lor, nu există decît sub un aspect potențial, întrucît ele reflectă lucrurile și fenomenele ca și cînd ar fi izolate, în sine și existînd pentru sine. În mod real ele există într-o corelație activă, alcătuind judecăți ; *judecata*, constînd în reunirea *noțiunilor*, oglindește raporturile care există între obiectele și fenomenele din realitate. Deși orice judecată se exprimă printr-o propoziție, nu orice propoziție realizează o judecată, întrucît nu orice propoziție reflectă un raport. Judecata poate fi definită deci ca o categorie a gîndirii care stabilește raportul dintre noțiuni exprimînd enunțarea adevărului sau falsului, prin afirmarea sau negarea a ceva despre ceva.

La rîndul lor, mai multe judecăți alcătuiesc un raționament care, deși reflectă tot legături sau raporturi, se deosebește de judecată prin structura și funcția sa logică. Dacă judecata se dezvoltă pe baza experienței, ducînd la descoperirea adevărului, prin raționament, cunoașterea avansează fără să fie legată nemijlocit de experiență, ci numai prin operarea cu judecăți.

Aspecte ontogenetice ale dezvoltării gîndirii. Sub vîrsta de un an, gîndirea poate fi greu investigată datorită nedezvoltării limbajului.

După această vîrstă însă, la antepreșcolari, posibilitatea denumirii obiectelor favorizează dezvoltarea experienței cognitive. Interesele gnozice (de cunoaștere) care încep să se dezvolte acum, se manifestă printr-o curiozitate exprimată pe plan verbal prin multiplele întrebări pe care le pune copilul. Astfel, antepreșcolarul cunoaște treptat nu numai denumirea obiectelor pe care le folosește, ci și funcțiunea lor. În același timp întrebările constituie pentru el o formă de comunicare și realizează baza elementară a conversației.

În activitatea ludică, operînd cu obiectele, copilul constată asemănările și deosebirile dintre acestea, stabilește comparații, realizează generalizări.

Deși apar elemente ale cunoașterii mediate (prin cuvînt), deși gîndirea apare ca o modalitate mijlocită de cunoaștere, ea este în ansamblu săracă, elementară, situativă și predominant legată de reprezentările concrete ale obiectelor și fenomenelor.

În a doua copilărie, la preșcolar, în activitatea ludică și practică, prin folosirea limbajului, dezvoltarea gîndirii ia un avînt deosebit. *Potențialul denominativ* (capacitatea de a denumi obiectele și fenomenele), continuă să se dezvolte în această perioadă, punînd bazele operațiilor de analiză, sinteză, generalizare, abstractizare etc.

Deși simplistă și limitată, gîndirea cuprinde încă din acestă perioadă toate caracteristicile unui proces cognitiv superior și toate operațiile specifice ei.

Desigur în comparație cu adultul, gîndirea preșcolarului apare ca fiind elementară, primitivă, simplistă, practic concretă și saturată emoțional.

J. Piaget, care a fost intens preocupat de particularităţile dezvoltării gîndirii, arată că există diferenţe radicale între gîndirea preşcolarului şi adultului, deşi încă din preşcolaritate gîndirea foloseşte noţiuni şi se structurează în judecăţi şi raţionamente.

Aceste particularităţi ale gîndirii din a doua copilărie, constau în :

— *egocentrism*, caracterizat prin referirea tuturor acţiunilor şi fenomenelor la propria-i persoană, datorită insuficientei distincţii dintre el ca persoană şi realitate, datorită lipsei de operaţie între el, ca entitate activ-subiectivă şi realitatea obiectivă ;

— *sincretism*, caracterizat printr-o manieră sui generis, personală sau întîmplătoare, de stabilire a relaţiilor dintre fenomene, printr-o înţelegere globală, nediferenţiată şi prin realizarea unei sinteze subiective ;

— *ilogism*, caracterizat prin inadecvarea şi inadaptarea judecăţii şi raţionamentului la realitate, fapt ce determină incomprehensibilitatea lor ;

— *animism* (sau antropomorfism) constînd în convingerea copilului că obiectele din jur sînt însufleţite.

Influenţa educativă poate contribui în mare măsură la dezvoltarea, menţinerea ca şi la stingerea şi dispariţia mai rapidă a acestor caracteristici normale gîndirii copilului preşcolar.

Datorită insuficientei dezvoltări, gîndirea nu are acum posibilitatea de a sesiza sensuri multiple sau complexe, de a înţelege metafore. Prin operativitatea sa insuficient exercitată, gîndirea copilului rămîne încă legată de concret, de sarcini imediate, predominant situativă, saturată perceptiv. Din aceste motive, raţionamentul acestei perioade are un caracter transductiv, de trecere şi pendulare între un particular şi altul, avînd rareori forţa saltului spre general.

Dacă în prima copilărie spiritul investigator şi curiozitatea copilului se manifestau prin întrebări de tipul „*ce este*“, acum se constată nu numai o creştere a numărului întrebărilor, dar şi o schimbare a direcţionării lor. Intensificarea interesului gnozic primeşte acum o orientare etiologică, majoritatea întrebărilor fiind de ordin cauzal sub forma nenumăratelor „*de ce ?*“

Considerăm că această orientare cauzală a spiritului de cunoaştere, rămîne prezentă în orice etapă a dezvoltării ontogenetice, atunci cînd este vorba de un domeniu faptic nou, neexplorat. Nu numai dialectica cunoaşterii în general, ci şi dialectica mersului natural al gîndirii se orientează cu predilecţie asupra cauzelor fenomenelor.

Sesizarea relaţiilor cauzale dintre fenomene, ajută pe copil în înţelegerea succesiunii, simultaneităţii şi necesităţii etc.

În concluzie, se poate afirma că în preşcolaritate, gîndirea reflectă relaţii multiple şi variate dintre fenomene, forţa de înţelegere este mai adîncă şi mai complexă, oferind posibilitatea sesizării esenţialului.

În a treia copilărie, în perioada şcolarităţii, procesul instructiv-educativ dezvoltă :

— modalităţi de a înţelege şi a opera raţional ;

— calităţi ale cunoaşterii ca observaţia, intuiţia etc.

Posibilitatea cititului oferă şcolarului mijlocul de a intra în lumea achiziţiilor ştiinţifice şi social-istorice ale omenirii.

Dezvoltarea gîndirii este stimulată de nenumăratele situaţii problematice legate de activitatea practică şi de procesul de învăţămînt. Copilul încearcă să le rezolve prin aplicarea unor modele de reguli, denumite de psihologia contemporană „*algoritmi*“.

De complexitate variabilă, algoritmii sînt definiţi ca tipuri de reguli prin care se rezolvă situaţii problematice, un acelaşi algoritm implicînd întotdeauna acelaşi mod de rezolvare a problemei respective.

Înţelegerea este activitatea cognitivă (dezvoltată prin excelenţă în această perioadă) care permite descoperirea relaţiilor prin cuprinderea mentală şi stăpînirea cunoştinţelor faptelor şi fenomenelor respective.

Depăşind simpla recepţionare de cunoştinţe, înţelegerea constituie un proces activ de construcţie mentală a unui fapt sau situaţie. Iniţial intuitivă, nemijlocită, operînd în special cu imagini şi reprezentări, ea devine ulterior mijlocită, bazată pe noţiuni şi relaţiile dintre obiecte şi fenomene.

Există nu numai modalităţi de înţelegere (intuitivă, nemijlocită şi neintuitivă, mijlocită), ci şi grade sau niveluri de înţelegere, care sînt atinse progresiv. Iniţial are loc înţelegerea anumitor aspecte ale unei probleme sau situaţii, iar ulterior are loc înţelegerea întregii probleme, dar fără sesizarea aspectului ei esenţial, pentru ca în a treia etapă să se realizeze înţelegerea logică generalizată, bazată pe însuşirea deplină a sensului problemei şi esenţialului situaţiei date.

Procesul instructiv-educativ reprezintă mijlocul principal de formare organizată a noţiunilor, de stabilire a sferei şi conţinutului lor, iar pe măsura îmbogăţirii experienţei cognitive, de stabilire a diferitelor accepţiuni ale aceleiaşi noţiuni. Atît procesul formării noţiunilor, cît şi distingerea accepţiunii lor adecvate, are loc pe baza dezvoltării criteriilor de asemănare, deosebire, sistematizare etc. Diferite noţiuni de grad inferior sînt integrate în noţiuni superioare, cu o sferă mai cuprinzătoare, organizîndu-se astfel veritabile sisteme noţionale ce au o importanţă deosebită în formarea intelectuală generală a copilului.

Sistemele noţionale, ca şi relaţiile dintre noţiuni se formează pe baza sesizării relaţiilor dintre obiectele şi fenomenele particulare pe care aceste noţiuni le semnifică. Adecvarea accepţiunii unei noţiuni oarecare, se realizează prin legăturile de reversibilitate care se creează între obiectul sau fenomenul concret şi noţiunea care îl semnifică.

Trecerea de la operarea în lumea obiectelor şi acţiunii cu obiectele, la operaţiile abstracte, intelectuale, este cunoscută în psihologie (şi în special în psihologia sovietică) sub numele de etapa formării şi dezvoltării acţiunilor mentale ; este vorba deci de modelarea mentală a acţiunilor externe, concrete. Este de la sine înţeles faptul că operaţiile, ca şi acţiunile mentale îşi au izvorul şi condiţionarea în acţiunile concrete dintre obiecte. Transpunerea acestor acţiuni, din planul obiectual concret în plan intelectual abstract, deşi ne apare ca spontană şi implicită, se realizează în fond progresiv, pe etape. Aceste etape reprezintă în acelaşi timp modelul genetic al acţiunilor mentale.

După Galperin ar exista cinci etape în dezvoltarea acţiunilor mentale :

a) *familiarizarea cu tema ;* este etapa orientativă a perceperii şi înţelegerii acţiunii respective în ansamblul ei. În această etapă, în afara perceperii şi înţelegerii acţiunii, au loc :

— formarea reprezentărilor legate de acţiunea respectivă ;

— formarea schemei iniţiale de acţiune ;

b) *efectuarea acţiunii materiale sau materializate* (acţiuni materiale sînt acelea care au loc între obiectele propriu-zise, în timp ce acţiunile materializate sînt acelea care se pot desfăşura în absenţa obiectului propriu-zis, numai pe baza însuşirilor de ansamblu care definesc obiectul) ;

c) *transformarea acţiunilor externe în acţiuni mentale ;* se realizează prin verbalizarea aspectelor de bază ale operaţiei. Ea este deci etapa de organizare pe plan verbal a ordinii specifice a acţiunii mentale ;

d) *trecerea acţiunii materiale pe planul limbajului vorbit ;*

e) *transformarea acţiunii materiale în acţiune mentală* care se desfăşoară la nivelul limbajului interior.

În activitatea de gîndire, un rol important îl au asociaţiile, care reprezintă de fapt legături temporare între noţiunile, între ideile în permanentă desfăşurare.

Mecanismele formării asociaţiilor pot fi diferite şi anume :

1. *Prin contiguitate.* Prin acest mecanism se realizează asocierea pe plan ideativ între obiectele şi fenomenele percepute sau reprezentate simultan sau succesiv, acestea coexistînd în spaţiu şi timp.

2. *Prin asemănare.* Acest mecanism realizează pe plan ideativ asocierea între fenomene și obiecte asemănătoare între ele. Un tip de asociații între cuvinte și idei este cel al asocierilor după asonanță și rimă. Asonanța este asocierea între cuvinte care se aseamănă în formă — omonime —, dar se deosebesc în conținut.

3. Prin *contrast* se realizează asocierea între noțiuni cu conținut opus : bine — rău, lumină — întuneric, alb — negru etc.

4. Asociațiile prin *cauzalitate* reprezintă modalitatea prin care se realizează pe plan ideativ legătura cauzală dintre fenomen și cauza sa. Acestea sînt de fapt asociațiile cele mai complexe.

După tipurile dominante ale asociațiilor, gîndirea oamenilor a fost împărțită astfel :

Gîndirea asociativ-logică se caracterizează prin predominanța asociațiilor după conținut și cauzalitate, expresiile verbale servindu-se de calea cea mai scurtă către țelul expunerii.

Gîndirea asociativ-mecanică este dominată de asociații mecanice, prin contiguitate, asemănare, asonanță, rimă, localizare în timp și spațiu. În aceste cazuri expresiile verbale se fac cu fraze lungi, ocolite, utilizînd o serie de noțiuni concrete și de obicei încărcate afectiv.

Dat fiind aspectul complex și multiplele forme de tulburări ale gîndirii, vom folosi în expunerea lor următoarea schemă :

a) *tulburările de ritm și coherență (accelerarea sau încetinirea ritmului ideativ, coherența și incoherența* ritmului ideativ) ;

b) *tulburări ale conținutului gîndirii (idei delirante, prevalente, dominante și obsedante) ;*

c) *tulburări ale expresiei verbale și grafice ale gîndirii.*

În mod arbitrar, tulburările de ritm și coherență ale gîndirii sînt socotite ca tulburări formale, deși ele afectează adesea episodic sau permanent însăși conținutul gîndirii, diminuînd cel puțin valențele ei cognitive de relație și de comunicare mijlocită.

a) **Tulburările de ritm și coherență ale gîndirii.** Ritmul ideativ în patologia psihiatrică poate apare fie sub forma unei accelerări anormale, fie sub forma unei încetiniri marcate.

Accelerarea ritmului ideativ poartă denumirea de *fugă de idei* și se caracterizează prin aceea că asociațiile se fac la întîmplare, după aspecte superficiale, după asonanță, rimă, localizare în timp și spațiu sau după contraste facile. Bolnavii vorbesc mult, de obicei cu voce tare. Astfel de asociații facile reies din următoarele versuri ale uneia dintre pacientele noastre :

Cum a dat zăpada
S-a topit și iarba
Luna după colț apare
Ieși neicuță la plimbare
Eu te-aștept în drumul mare.
Du-te neică la culcare.

Deoarece fuga de idei apare de obicei însoțită de o labilitate marcată a atenției și exacerbarea evocărilor, bolnavii fac nenumărate digresiuni din cauza cărora pierd adesea firul principal al ideilor în timpul

conversațiilor. În formele sau în perioadele de exacerbare extremă a fugii de idei, asociațiile pierd aproape total legăturile logice formale, ajungîndu-se la o stare de *incoherență a gîndirii.*

Fuga de idei se întîlnește în primul rînd în sindroamele maniacale, ea poate fi întîlnită adesea și în stările de excitație psihomotorie din schizofrenie, din paralizia generală progresivă (mai ales în perioada de debut), în stările de ebrietate și în general în intoxicațiile ușoare. Uneori fuga de idei poate fi întîlnită și în stările nevrotice, în stările de oboseală marcată și de surmenaj.

O formă mai particulară a accelerării ritmului ideativ este *mentismul* descris de autorul francez Chaslin. Mentismul se caracterizează prin depănarea rapidă, incoercibilă a reprezentărilor și ideilor. Față de această desfășurare tumultuoasă și incoercibilă bolnavii au adesea critică, fac efort să-și stăpînească gîndurile, însă de obicei nu reușesc. De multe ori această tulburare devine așa de parazitară și jenantă încît provoacă bolnavilor anxietate, îi împiedică să se odihnească sau să desfășoare activități conforme cu rigorile voliționale, aceștia rămînînd în poziție de spectatori ai propriilor lor idei.

Mentismul poate fi observat în stările de mare tensiune nervoasă, în stările de oboseală pronunțată, în intoxicațiile ușoare cu cofeină, alcool, tutun, cu medicamente psihotone și psihodisleptice. În schizofrenie, mentismul apare de obicei în cadrul sindromului de automatism mental, bolnavul avînd convingerea delirantă că acest fenomen patologic este impus, este provocat de cineva.

Avînd în vedere că accelerarea ritmului ideativ nu se întîlnește niciodată în practică într-o manieră singulară sau într-o evoluție de sine stătătoare, ci întotdeauna asociată cu o creștere a forței reprezentative și imaginative, a mobilității prosexice, cu o creștere a tonusului afectiv, toate exprimate prin logoree (accelerarea debitului verbal), deci o accelerare quasi-globală a vieții psihice, propunem ca acest fenomen să poarte denumirea de *tahipsihie.*

Așa cum am arătat mai sus, uneori legăturile dintre idei pierd orice fel de aspect logic, se desfășoară la voia întîmplării și de cele mai multe ori exprimarea verbală a ideilor devine lipsită de conținut și ininteligibilă. Această tulburare a proceselor ideative poartă denumirea de *incoherența gîndirii.* Deși uneori propozițiunile și frazele păstrează forma gramaticală corectă, ele nu mai au nici un înțeles. Forma extremă a incoerenței gîndirii poartă denumirea de *salată de cuvinte* și se caracterizează prin aceea că bolnavul exprimă o serie de cuvinte sub forma unui amestec lipsit total de conținut logic și inteligibilitate. O astfel de vorbire se poate exemplifica cu următoarea expresie verbală a unui bolnav de schizofrenie : „iepure-vînt-fereastră-bou, duce-vînt-culisă-53-101-tuc-tuc-tuc-tic, 34, 52, manifest-hai !"

Uneori incoerența ia aspect de *verbigerație* (termen utilizat de Kahlbaum), care constă în repetarea stereotipă a acelorași propozițiuni, fraze sau cuvinte, frecvent lipsite total de înțeles. Uneori din expunerea lor se degajă oarecare tendință la rimă ca de exemplu : „acasă, mînă,

vacă, atom, gîscă, moacă". De altfel conținutul unor astfel de producții psihopatologice corespunde însăși traducerii etimologice a latinescului „verbigerare" care înseamnă „a trăncăni", „a sporovăi".

Incoherența în gîndire sub diversele forme se întîlnește în unele forme de schizofrenie, în stările demențiale avansate și în tulburările de conștiință.

Încetinirea ritmului ideativ se traduce clinic printr-o exprimare lentă, prin răspunsuri întîrziate (cu o perioadă de latență crescută). Pentru obținerea răspunsurilor este necesară nu rareori repetarea întrebării sau interogația cu voce tare. Discursul acestor bolnavi este nu numai lent, dar și cu întreruperi, iar uneori incoerent.

Lentoarea ideativă se traduce printr-o exprimare în ritm lent *(bradilalie),* cu voce de intensitate scăzută și este resimțită de bolnav prin dificultatea evocărilor, prin slăbirea forței reprezentative și imaginative, deci prin scăderea quasi-globală a funcțiilor psihice (implicit printr-o diminuare a funcției tonico-energetice afective), situație care în psihopatologie este desemnată prin conceptul de *bradipsihie.* În formele ei ușoare, bradipsihia se întîlnește în stări de epuizare fizică și psihică, în perioadele de convalescență ale unor boli somatice, toxice, infecțioase ș. a. În adevărata ei accepțiune, lentoarea ideativă se întîlnește în afecțiuni neurologice cu interesarea extrapiramidală, ca boala Parkinson, parkinsonism postencefalitic, encefalite, intoxicații cu oxid de carbon, în stări de obnubilare a conștiinței, dar și în boli psihice ca melancolie, schizofrenie și oligofrenie.

O formă specială de lentoare, cunoscută sub denumirea de *vîscozitate psihică,* este caracteristică epilepsiei.

Lentoarea ideativă se poate accentua progresiv ajungîndu-se la oprirea fluxului ideativ, fenomen cunoscut sub denumirea de *„fading mental"* (Guiraud și Deschamps), care se întîlnește mai ales în schizofrenie.

Alteori ritmul ideativ încetează brusc pentru cîteva secunde, după care cursul gîndirii poate fi reluat. Acest *baraj ideativ* (Sperrung) exprimat clinic prin oprirea bruscă a exteriorizărilor verbale se întîlnește de asemenea în schizofrenie și poate fi explicat prin apariția unei halucinații, prin intervenția unei forțe xenopatice, sau poate rămîne incomprehensibil, ca majoritatea simptomelor acestei boli.

Noțiunea de baraj, introdusă în psihopatologie de Kraepelin pentru a desemna oprirea bruscă a actelor voluntare ale bolnavului, cunoaște astăzi o mai largă accepțiune, implicînd în plus oprirea intempestivă a ritmului ideativ.

Uneori încetinirea ritmului ideativ lasă impresia unei sărăciri ideative care se caracterizează prin scăderea productivității ideilor (Hemmung). Ideile sînt tot mai concentrice, cu un sistem de referință tot mai redus, cu un conținut tot mai restrîns, deseori monotematice. Această situație se întîlnește în stări de surmenaj, în tulburări ale conștiinței, în stări depresive, în schizofrenie și în alte afecțiuni.

Dispariția fluxului ideativ (anideație) care trebuie distinsă de barajul ideativ, deși descrisă în stări de idioție și demență *(sub forma*

deambulației anideice) sau în epilepsie (sub forma automatismului anideic), nu este sigură decît în stările comatoase, întrucît în celelalte stări amintite mai sus se presupune totuși existența unor idei rămase încă necunoscute de anturaj.

b) **Tulburările de conținut ale gîndirii.** Amplu studiate și prezentate în special de autorii francezi ai secolului trecut, tulburările conținutului gîndirii au înscris una dintre cele mai interesante pagini ale psihopatologiei. Aceasta pentru că discursul bolnavului psihic, răspunsurile sau relatările sale (parareale sau aberante) frapează în cea mai mare măsură interlocutorul și mai ales medicul psihiatru.

În detașarea lor de făgașul normal al gîndirii și de realitate, ideile cunosc o anumită dezvoltare și invazie spre cucerirea ariilor normalului, o luptă în tendința de impunere și dominare a minții insului respectiv. Acest aflux ideativ morbid nu este întotdeauna univoc progresiv; el cunoaște momente de stagnare, regresiune sau avans impetuos, in funcție de natura procesului patologic, intensitatea lui, precum și de caracterul construcției psihice și personalitatea premorbidă a insului.

În analiza conținutului gîndirii, sînt necesare unele precizări noționale și anume, precizarea accepțiunii adecvate de idee dominantă, obsedantă, prevalentă și delirantă.

După o discuție, lectură sau spectacol, o idee inedită, cu anumite implicații pentru care cel în cauză are o anumită „susceptibilitate" se poate detașa de celelalte, impunîndu-se într-un anumit moment gîndirii sale : este *ideea dominantă*, care prin reversibilitatea ei se înscrie în întregime în sfera „normalului".

Cînd ideea izbucnește, irumpe, asediază gîndirea și se impune conștiinței, deși este în dezacord cu aceasta, poartă numele de *idee obsedantă*. Străină și contradictorie situației și personalității insului, acesta îi recunoaște caracterul parazitar sau patologic, luptă pentru înlăturarea ei, de cele mai multe ori fără a izbuti s-o învingă.

Obsesia se poate prezenta clinic sub forma unei idei *(obsesii ideative)*, a unor *amintiri* și *reprezentări obsesive*, sub forma unei *fobii (obsesii fobice)* sau a unor tendințe impulsive *(obsesii impulsive)*.

Obsesiile ideative : corespund definiției de mai sus, realizînd o „intoxicație" prin idee. În această situație, subiectul, într-un continuu dubiu asupra acțiunilor sale. într-o perpetuă pendulare asupra eventualităților posibile, se întreabă, analizează, revine. Este boala lui „de ce ?", „poate...", „dacă...". Majoritatea ideilor sale au un caracter bifazic urmate imediat și spontan de altele opuse ; ele realizează boala scrupulelor, a îndoielii, „compensației", „expiației" „ispășirii", „conjurației" (implorării).

Amintirile și reprezentările obsesive. Amintirile obsedante sînt exprimate clinic prin perseverarea penibilă a rememorării unor evenimente cu conținut neplăcut, jenante sau în orice caz dificile. În cazul reprezentărilor obsedante este vorba de apariția unor idei care contrazic realitatea și determină reprezentarea figurativă senzorial plastică, care ia uneori chiar aspectul unei reproiecții eidetice. A. Snejnevski prezintă ilustrativ în acest sens cazul unei mame, care deși realiza con-

știent faptul că și-a pierdut copilul, era obsedată de ideea că și-a îngropat copilul de viu (idee care contrazice realitatea), și în același timp își reprezenta copilul țipînd și zbătîndu-se în mormînt. Vivacitatea acestei trăiri a determinat-o în ultimă instanță să plece la cimitir să pună urechea pe mormîntul copilului, să asculte dacă țipetele și gemetele acestuia sînt sau nu reale.

Uneori reprezentările contrastante sînt expresia defăimării, aversiunii sau urii față de ființe în realitate dragi, față de persoane pentru care pacientul nutrește sentimente de deosebită stimă, respect, prietenie.

Obsesiile fobice constau în teama față de anumite evenimente, lucruri, ființe, acțiuni sau situații, teamă nejustificată (și apreciată ca atare), dar pe care pacientul nu o poate alunga în ciuda faptului că evită situația respectivă. De obicei acestea apar pe fondul unei anxietăți difuze ca temeri față de ceva nedeterminat.

Legată de obsesie prin tensiunea afectivă pe care o dezvoltă și prin caracterul ei invadant (în privința căruia opoziția insului rămîne ineficientă), fobia semnifică starea de frică, cu obiect bine precizat (aceasta în opoziție cu anxietatea, care constituie starea de teamă, lipsită de obiect).

Ca și în obsesie, bolnavul recunoaște caracterul irațional al fricii sale, o apreciază în mod critic, luptă pentru a înlătura fobia respectivă, dar nu reușește. Ca și obsesiile, fobiile se caracterizează prin intensitate, adezivitate, ilogism și rezistență de neînvins.

De o variabilitate extremă, fobiile pot fi legate de orice element al ambianței insului sau de orice eveniment de care este legată întrucîtva, experiența acestuia. Datorită variabilității conținutului lor, cît și etimologiei lor, fobiile au fost prezentate de către Devaux și Logre ca alcătuind, după expresia lui Lévy-Valensi, o „grădină cu rădăcini grecești".

În mare, fobiile ar putea fi sistematizate astfel :

Frica de locuri. Frica de a trece strada, de a intra într-o piață — *agorafobia ;* frica de locuri înalte — *hipsofobia ;* frica de a sta în locuri înguste, închise, în cameră — *claustrofobia.*

Frica de obiecte, de obicei ascuțite — *aihmofobia* (*oxifobia* — ace, foarfece), frica de tren, de calea ferată, de vapor, de apă — *hidrofobia* etc.

Frica de oameni, de boală, de moarte și de animale. Frica de mulțime, de aglomerări de oameni, între care s-ar putea asfixia — se numește *antropofobia ;* frica de singurătate — *monofobia ;* frica de societate — *petofobia,* sau teama de a nu roși în societate — *ereutofobia.* Frica de boală — *nozofobia (sifilofobia, cancerofobia, rabiofobia) ;* frica de a nu se murdări — *misofobie.* Bolnavii cu misofobie iau măsuri, se spală exagerat de mult *(ablutomania).* Frica obsesivă de moarte poartă denumirea de *tanatofobie ;* frica de a nu fi îngropat de viu, *taferofobie ;* teama de a mînca, *sitiofobie,* iar frica de animale, *zoofobie.*

Această sistematizare a fost făcută mai mult pentru a ușura reținerea unor tipuri de fobii care se întîlnesc mai frecvent în practica psihiatrică. Menționăm în același timp că de obicei fobiile nu apar izolate, ci înmănunchiate, creînd o stare de teamă de aspect general

(pantofobie). Adesea fobiile se schimbă între ele și nu rareori dispariția totală a obiectelor și situațiilor fobice este înlocuită de teama de a nu reveni vechile fobii *(fobofobie).*

Obsesiile impulsive cunosc aceeași procesualitate obsesivă, îndemnînd bolnavul la acte particulare, lipsite de rațiune, inacceptabile sau ridicole. Întrucît libera manifestare a acestor impulsiuni ar avea consecințe negative pentru cel în cauză, acesta, opunîndu-se desfășurării lor, se încarcă emoțional, cuprins de teamă și panică. Teama de a nu da curs tendinței impulsive, de a nu comite actul impulsiv, spre care este împins, poartă numele de *compulsie.*

Compulsiunile sînt de obicei strîns legate de anumite idei obsedante de contrast. Conținutul acestor idei contrazice flagrant convingerile, înfruntînd în mod frapant rațiunea bolnavului. Astfel, pacienți cu un comportament ireproșabil și cu un nivel de cultură elevat sînt parazitați de ideea de a lovi peste față diverși trecători de pe stradă, de a huli sau injuria o serie de persoane din colectivități sau instituții față de care au un respect deosebit.

Datorită recunoașterii aspectului parazitar al acestor trăiri patologice, bolnavii au capacitatea voluntară de a se stăpîni și ca atare compulsiunea nu se transformă într-un act impulsiv. De obicei teama de a nu comite actul impulsiv se menține atîta timp cît bolnavul se află în situația de a-l putea comite. Astfel unul dintre pacienții noștri cu compulsiunea defenestrării de la un etaj se liniștea în momentul cînd cobora în stradă ; o pacientă cu compulsiunea pruncuciderii trăia momentele de mare intensitate anxioasă atîta timp cît își alăpta copilul, fiind singură în încăpere. Compulsiunea scădea în intensitate atunci cînd era prezentă și mama pacientei și dispărea cînd ieșea din casă, situație în care era în imposibilitatea comiterii actului impulsiv.

Dacă în acest tip de obsesii impulsive și idei obsedante de contrast, pacienții iau în special măsuri de apărare, în alte tipuri de obsesii și fobii ei execută o serie de acțiuni menite să elibereze, să ușureze tensiunea sau să temporizeze impulsiunea obsedantă.

Ei realizează acest deziderat îndeplinind așa-numitele ritualuri sau executînd într-o formă caricaturală și benignă actul obsedant. Acestea sînt de fapt acțiuni obsesive care, deși aparent au aspect voluntar, în fond, bolnavul le exercită contra dorinței lui. Astfel unii ating fața cu mîna sau trec degetele prin păr, alții introduc în vorbire o serie de cuvinte („zice", „știți", „înțelegeți" etc.). Aceste acțiuni domină conștiința pînă se îndeplinesc, iar în cazul în care bolnavul caută să le înlăture, apare o stare de anxietate chinuitoare.

O formă deosebită a acțiunilor obsesive o reprezintă ritualurile, care amintesc descîntecul din convingerile oamenilor de la țară. Aceste ritualuri trebuie deosebite de ritualurile religioase în care se execută o serie de acțiuni în conformitate cu ceea ce au auzit sau au învățat de la alții, după o anumită tradiție, acestea nefiind însă însoțite de anxietate intensă, ca în cazul stărilor obsesivo-fobice.

Ritualurile cuprind de obicei o serie de acțiuni care se succed într-o anumită ordine, dar care sînt întotdeauna însoțite de anxietate mare,

anxietate care se atenuează numai dacă bolnavul îndeplinește suita respectivă de acțiuni. Astfel, bolnavul care se teme de moartea celor dragi, de fiecare dată numără de 3—4 ori ferestrele casei în care locuiește (aritmomanie), sau citind o carte, trece peste paginile care poartă numerele ce-i amintesc de vîrsta copiilor sau soției, mergînd pe stradă către o instituție unde are treburi, ia neapărat în mînă un obiect metalic (un ban, un cui) pe care-l ține tot timpul în mînă, sau așază lucrurile într-o ordine anumită, desfășoară acțiunile într-o succesiune stabilită strict. Neîndeplinirea acestor ritualuri îi creează o stare de anxietate care-l face incapabil să ducă acțiunea întreprinsă la capăt.

Ideile obsedante sau anancaste (cu toate formele clinice de manifestări), fobiile, acțiunile obsesive se întîlnesc prin excelență în nevroza obsesivo-fobică (psihastenie) și în psihopatia psihastenică. De o mai mică intensitate sub forma unor idei, cuvinte, replici, fraze. melodii, care se impun conștiinței fără ca persoana să le poată înlătura imediat, se întîlnesc în stări de surmenaj și astenii. De asemenea, ideile obsedante pot fi întîlnite în psihoze, mai ales la debutul sau în perioada de regresiune a acestora. Astfel depresiile vîrstei înaintate pot debuta sub forma obsesională. Este cunoscută, de asemenea, frecvența acestora în debuturile schizofreniei, cît și prezența lor în perioadele de remisiune ale unor psihoze.

Pasul ulterior în patologie, care deschide uneori drum psihozei, îl constituie *ideea prevalentă*. Spre deosebire de *ideea dominantă* care se impune la un moment dat gîndirii insului și de ideea obsedantă, care asediază și cuprinde gîndirea în ciuda eforturilor insului, ideea prevalentă se caracterizează nu numai prin poziția sa dominantă în cîmpul conștiinței, prin neconcordanța și semnificația aberantă, ci și prin faptul că ea orientează și diferențiază cursul gîndirii. În plus, celelalte idei, adiacente și concomitente, în loc să i se opună, să o contrazică, gravitează în jurul ei, se articulează cu ea înălțîndu-se catenar, sprijinind-o și aducîndu-i noi argumente.

În plus, spre deosebire de ideile dominante și obsedante pe care evenimentele ambianței tind să le estompeze, să le anihileze, în cazul ideilor prevalente, întîmplările din realitate sînt luate drept argumente și elemente de sprijin. Ca o consecință a acestei situații, spre deosebire de ideea obsedantă care este în contradicție cu personalitatea insului, ideea prevalentă este în concordanță cu personalitatea pe care o poartă dinspre țărmurile continentului normalității, spre oceanul neliniștit al lumii delirante.

Întrucît ideea prevalentă, în ciuda neconcordanței sale cu realitatea, este totuși în armonie cu insul, ilustrează faptul că aceasta a atins nucleul, sîmburele personalității sale și poartă în ea potențialități delirante.

În concluzie, considerăm că printre caracteristicile ideii prevalente pot fi menționate : neconcordanța față de realitate (de care nu s-a detașat încă) ; locul prevalent în psihismul insului ; concordanța cu sistemul ideativ al insului (care nu-i poate recunoaște astfel caracterul patologic) ; sprijinul ideilor adiacente ; tendința la dezvoltare și înglobare a eveni-

mentelor și persoanelor din jur și, în sfîrșit, potențialitatea psihopatologică delirantă.

Ideile prevalente pot fi întîlnite în stări reactive de intensitate psihotică, în stările postonirice, epilepsie, alcoolism, psihoza maniaco-depresivă și — evident — în toate stările predelirante.

Atunci cînd ideile obsesive sau prevalente sînt orientate asupra stării funcționale a organismului, considerat ca fiind afectat de diverse maladii, este vorba de *hipocondrie*. Deși antrenează elemente afectivo-volitionale și în special perceptive (trăite sub forma percepției unor tulburări organice, cu oarecare conștiință a irealității lor), natura hipocondriei este totuși ideatorie.

În ciuda faptului că include aspecte multiple ale personalității, ideea hipocondrică nu realizează o entitate nozologică, o boală ca atare, distinctă și autonomă — ci numai „stări hipocondrice".

În funcție de amplitudinea sa, ideea hipocondrică se poate prezenta ca o simplă preocupare asupra stării de funcționare a organismului, poate cunoaște intensitatea și forma unei obsesii în care preocuparea este acompaniată de teamă și se conturează ca idee dominantă. Ea poate subordona celelalte idei și activitatea insului devenind astfel idee prevalentă și/sau idee delirantă cînd prin interpretare și prelucrare ea reușește să se detașeze de real.

Pasul ultim în patologia gîndirii, care determină transformarea ei calitativă, care semnifică detașarea de țărmul normalității purtînd marca psihozei, îl constituie *ideea delirantă* („delusion" al anglo-saxonilor sau „Wahn" al germanilor). De obicei exprimată limpede, evoluînd pe un fond de claritate a conștiinței, ideea delirantă nu corespunde realității cu care se află în opoziție evidentă și pe care o exprimă în mod deformat ; în mod insidios ori brusc, ea pune stăpînire pe conștiința insului (căruia-i schimbă comportamentul) și se menține în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea.

Ideea delirantă cuprinde în afara credințelor și concepțiilor (prin care se exprimă conținutul ideativ delirant) „întregul cortegiu de fenomene ideo-afective în care delirul își ia forma" (H. Ey, 1967).

Guiraud consideră că ideea devine delirantă atunci cînd ea capătă un caracter derealizat persistent, iar Seglas menționează că ea se deosebește atît prin cauzele care o determină, cît și prin consecințele sale.

Prin idee delirantă noi înțelegem judecățile și raționamentele care reflectă în mod eronat realitatea și modifică în sensul lor patologic concepția despre lume și comportamentul bolnavului. Considerăm că ideea delirantă, spre deosebire de o eroare de judecată, are următoarele particularități :

1) Este o judecată eronată care stăpînește, domină conștiința bolnavului și modifică în sens patologic comportamentul lui.

2) Este de obicei o idee impenetrabilă la contraargumentare și inabordabilă confruntării în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea.

3) Ideea delirantă este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitatea de a sesiza în mod conștient esența ei patologică.

În vederea înțelegerii fenomenului delirant apare de la început necesitatea unei precizări semantice în sensul diferențierii noțiunii de delir, care înseamnă de fapt o stare de tulburare a lucidității conștiinței (delirium — aiurare) de noțiunea de idee delirantă (de lira — alături de brazdă), în care este vorba de o idee sau un sistem de idei patologice elaborate mental, ca expresie în principal a tulburărilor de gîndire.

Deși în special autorii francezi le tratează împreună ca laturi ale aceluiași proces — ideile și temele delirante la un loc cu stările delirante, noi introducem în cadrul tulburărilor de gîndire numai ideile și temele delirante. Stările delirante caracterizate prin tulburări în special ale lucidității conștiinței le vom descrie la capitolul patologiei conștiinței. Această tratare diferențiată ni se pare absolut rațională pentru faptul că de cele mai multe ori ideile și temele delirante apar în cadrul unei conștiințe cel puțin aparent lucide, fiind, așa cum spuneam, de obicei expresia tulburărilor de conținut ale gîndirii.

Conținutul gîndirii aberante, ideile și temele delirante par a depinde de mediul în care s-a dezvoltat și trăiește pacientul, de preocupările lui individuale și sociale din perioada respectivă, de nivelul său socio-cultural, de electivitățile și stadiul de dezvoltare al psihismului propriu.

După cauzele care determină apariția și mai ales în funcție de tabloul clinic al bolii psihice în care ele apar, ideile delirante pot avea un conținut mai verosimil sau din contra un conținut neverosimil, abstract, absurd, fantastic sau confabulator.

În funcție de gradul dezvoltării și elaborării psihismului, dar urmînd mai ales gradul deteriorării și destructurării acestuia, ideile delirante se pot înlănțui, articula în tendința lor de sistematizare, într-o formă coerentă, mai mult sau mai puțin stringentă și uneori chiar aparent logică.

Există (și astăzi) multiple argumente în sprijinul ideii conform căreia în privința delirului sistematizat, tulburarea psihică pare bine delimitată, circumscrisă, realizînd doar un unghi ideativ de deviații prin detașarea de gîndirea cauzală. În afara acestei tulburări, persoanele respective par (din celelalte puncte de vedere), relativ bine adaptate, în orice caz cu o aparență normală. Astfel încă din prima jumătate a secolului al XIX-lea se deosebeau „monomaniile“ („nebunii parțiale“) studiate amplu de Esquirol. Ulterior, Griesinger și Falret contestînd simplicitatea monomaniilor și caracterul parțial al tulburării personalității prin delir, au edificat ideea (actuală) a modificării consecutive a întregii personalități a bolnavului și în primul rînd a sferei sale afectivo-voliționale.

Într-adevăr, sistemul delirant, această impresionantă desfășurare ideativă parareală are nevoie (pentru a-și asigura amplitudinea și durata) de un suport dinamico-energetic de mare tensiune. Sistemul delirant realizează nu numai o polarizare ideativă în jurul ideii delirante, ci și o polarizare majoritară a forțelor afectivo-voliționale care subordonează întreaga activitate psihică, scopului impunerii sistemului delirant. Datorită faptului că unii deliranți, mai ales paranoici, au un potențial cognitiv în general superior mediei, datorită aspectului aparent logic al alcă-

tuirii raționamentelor, a plauzibilității lor parțiale, cît și participării afective cu care-și expun ei ideile, acestea, deși delirante, pot apare unor persoane din ambianță ca relativ plauzibile. Mai ales atunci cînd persoanele din jurul bolnavului sînt intens legate afectiv de el și caracterizate printr-o oarecare insuficiență cognitivă și o mare sugestibilitate, ele pot adopta ideile delirante, realizînd delirul indus (de către delirantul veritabil, care poartă denumirea de inductor). Această formă de contaminare psihică este reversibilă întrucît delirantul indus își menține ideile delirante numai atît cît se află sub influența inductorului („folie à deux" descrisă de Falret și Baillarger).

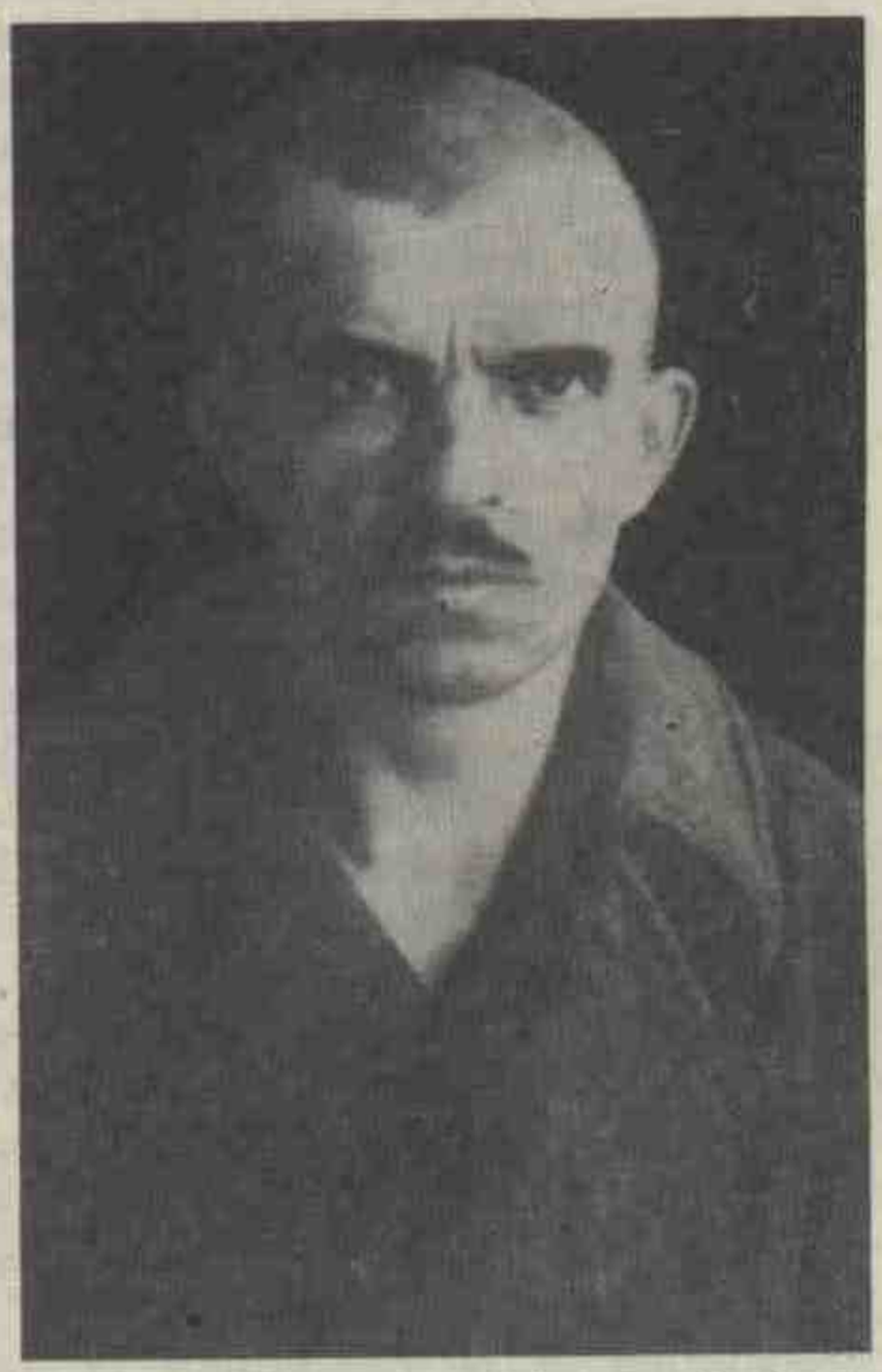


Fig. 8. — Paranoia. Bărbat în vîrstă de 45 de ani ; de remarcat privirea fixă, expresia de hotărîre, severitate, cu rigiditate.

Considerăm că delirul sistematizat cu structură inteligibilă și aparent logică nu se dezvoltă și nu evoluează „in situ" realizînd doar o replică parareală la adresa realității pe care o neagă. Acest tip de delirant caută — prin toate mijloacele și permanent — să-și impună ideile sale realității, întrucît el le trăiește cu o nestrămutată convingere. Ceea ce Kretschmer a descris sub denumirea de paranoia „de luptă" („Kampf Paranoïa") a fost apreciat doar sub aspect fenomenologic și în consecință, limitativ. Apreciind conduita lor sub unghi legic, constatăm că forța, tenacitatea și durabilitatea delirului se datorește suportului său dinamico-energetic realizat de tensiunea afectivo-volițională. Nu numai afectivitatea și voința, ci și imaginația, forța mnezică și în general toate funcțiile psihice sînt convergente în edificarea și punerea în aplicare a sistemului ideativ delirant. Această coeziune a proceselor și funcțiilor psihice, conferă unitate psihismului în alunecarea sa parareală, dînd trăinicie delirului. Pe măsura evoluției, acesta se structurează, se conturează și se delimitează prin explicitare și edificare delirantă. Suspiciunile și întrebările inițiale (din perioada smulgerii de realitate) își găsesc răspuns odată cu detașarea de aceasta. În același timp, neliniștea și anxietatea generată de aceste multiple semne de întrebare și de situația inedită în care se află bolnavul se risipește pe măsura elucidării răspunsurilor. Persiflat, ignorat, în orice caz neînțeles, delirantul nu-și mai împărtășește ideile sale (care acum nu se mai revarsă, devenind mai stabile), oricui, întrucît nu oricine este „demn" de încredere sau

capabil de înțelegere. El își împărtășește ideile numai celor apropiați sau eventual induși. Delirul se închistează, se încapsulează.

În marea majoritate a cazurilor însă coerența și stringența aparent logică nu sînt atît de puternice, delirul este nesistematizat, așa cum se întîlnește într-o serie de psihoze paranoide și în schizofrenie. În forma paranoidă a schizofreniei întîlnim acest delîr nesistematizat, în care ideile delirante nelegate între ele sau avînd o slabă legătură, nu pot realiza un sistem organizat. Datorită pierderii unității vieții psihice, lipsei suportului afectivo-volițional, ideile își pierd nu numai coerența, ci și stabilitatea, forța și durabilitatea. În consecință, delirul nesistematizat este polimorf, slab structurat, instabil, variabil sub aspect tematic și fără tendință de-a se impune realității, față de care adesea vădește neutralitate și indiferență, marcă a autismului schizofrenic.

În această situație, în afara cunoașterii ideative indirecte, abstracte, este tulburată și sfera senzorialității (care slăbește, la rîndul ei, supleța argumentării și coerenței). Ca o tendință compensatorie, sau ca o expresie a perturbării psihismului se impune pe prim plan producția imaginativă și fantezia. De asemenea, în afluența reprezentărilor delirante, imaginile real trăite, fictive sau prezente, se amestecă și se grupează caleidoscopic, redînd pe plan clinic aspectul fragmentar, uneori neclar și inconsecvent al delirului. Deși derealizat și uneori dezorientat, bolnavul are deseori conștiința haosului său ideativ care-i generează neliniștea încordată și anxietatea. Sub aspectul conținutului, acest delir poate fi : apropiat de evenimentele reale sau fantastic.

În prima eventualitate, delirul este cu precădere concret, nemijlocit, de aspect perceptional, bolnavul avînd, de exemplu, convingerea că este suspectat, urmărit, privit de trecătorii care se opresc lîngă el, care rămîn în urma lui, care comunică între ei idei referitoare la el.

Ideile delirante care apar în special în urma unor traume psihice puternice sînt nesistematizate și fragmentare ; în cadrul sindroamelor paranoide, ce se desfășoară pe fondul modificării reactive a lucidității conștiinței, deși fragmentare, ele au un caracter inteligibil legat de trauma psihică.

În a doua eventualitate, delirul de obicei este rupt de realitate, bolnavul devenind centrul desfășurării unor evenimente neverosimile, absurde, confabulatorii, fantastice. Astfel ideile delirante, care apar în cadrul unor modificări ale lucidității conștiinței sau în psihozele organice (senile și vasculare, traumatice, infecțioase, luetice, P.G.P.) sînt de obicei absurde, contradictorii, sărace și stereotipe. Cel mai ilustrativ, în acest sens, este delirul de mărire și bogăție, din demența paralitică, în care bolnavii afirmă că posedă averi inimaginabile (miliardari, proprietari de bănci etc.) oferind în mod altruist parte din sumele lor celor din jur și în același timp cerșind fără jenă un lucru minor, o țigară, cîțiva bani ș.a. Ideile delirante din demențele senile și presenile au și ele aspect polimorf, mobil și adesea confabulator, fantastic, dar spre deosebire de cele din schizofrenie sau parafrenie, rămîn totuși legate de evenimentele petrecute în spațiul restrîns al existenței bolnavului, au o mică amplitudine.

Așa cum spuneam în introducere, Wernicke a deosebit delirul primar (ideile autohtone produse de procesul morbid) de delirul secundar sau delirul de motivație, care apare ca o reacție a pacientului la îmbolnăvire sau sînt determinate de situații conflictuale apărute în timpul desfășurării procesului morbid primar.

Dide și Guiraud clasifică ideile delirante în : expansive, dureroase, de suspiciune.

În privința primelor două categorii, sistematica lor nu diferă de aceea adoptată de majoritatea autorilor. Asupra celei de-a treia categorii, care cuprinde ideile delirante de suspiciune, pot fi exprimate însă rezerve, întrucît suspiciunea este implicită oricărei stări delirante și predelirante, orice predelirant sau delirant purtînd în subsidiar o tentă de suspiciune. Mai mult încă, personalitatea premorbidă a delirantului, este uneori caracterizată printre altele prin suspiciune și neîncredere.

Un alt fapt demn de menționat, este acela că sistematica ideilor delirante are la bază și un criteriu afectiv. Acest fapt sprijină ideea conform căreia orice delir beneficiază de un suport dinamico-energetic afectiv, care-i conferă forța, dîrzenia și durabilitatea. În acest sens, A. Achaintre, vorbește despre „grupare ideo-afectivă", și într-adevăr, ideea nu este niciodată desprinsă de încărcătura emoțională. În accepțiunea autorului, partea afectivă este cea mai exterioară a delirului și în orice caz, aceea pe care bolnavul poate s-o exteriorizeze cel mai bine, aceasta fiind partea conceptualizată a delirului care a reușit să treacă în tiparele cuvîntului.

În plus, noțiunea de „grupare ideo-afectivă" este adecvată și pentru faptul că, deși în mod comun vorbim de idee delirantă, aceasta nu evoluează niciodată într-o manieră singulară. Chiar atunci cînd nu se poate vorbi încă despre închegarea unui sistem delirant, ideea delirantă nu se întîlnește în unicitatea ei, ci într-o grupare sau ansamblu ideativ care-i aduce argumente și o susține.

Numai cu aceste rezerve, acceptăm și redăm sub numele de „idei delirante" conținutul ideativ al bolnavului psihic în funcție de suportul afectiv.

În acest sens menționăm că, în general, pe fondul unei încărcături afectiv-pozitive (euforice) apar idei de mărire, bogăție, talent nemăsurat, forță fizică și intelectuală deosebită și, invers, fondul timic depresiv (încărcătură timică negativă), favorizează apariția unor idei delirante de autoacuzare, vinovăție, prejudiciu, ruină, negație etc.

Sub aspectul conținutului tematic, ideile delirante cunosc o mare varietate, pe care nu atît din spirit de simetrie, ci mai mult din necesități didactice, le sistematizăm în : idei delirante expansive (macromanice), idei delirante depresive (micromanice) și idei delirante mixte, în sensul că pot fi întîlnite atît pe fond euforic, cît și pe un fond depresiv.

1. *Idei delirante expansive :*

a) *Ideile de mărire și bogăție* (grandoare), de intensitate variabilă, pot fi exprimate printr-un simplu sentiment de satisfacție, de forță, putere, talent, inteligență, frumusețe, bogăție etc. Aceste idei se pot referi deci la : propria persoană (capacitățile sale) ; averea sa (posesiuni).

Sub aspectul intensității lor, aceste teme pot fi exprimate vag, intermitent, pe un fundal de satisfacție, automulțumire și optimism, situații întîlnite în manie, paralizie generală progresivă și uneori în schizofrenie, forma paranoidă.

Alteori temele sînt redate prin idei ferme, bine conturate, detaliate și sistematizate. În această eventualitate, ideile privesc nu atît averea, cît mai ales persoana pacientului, ornată cu multiple capacități și posibilități. De menționat că în aceste situații, fermitatea ideilor, stringența sistematizării sting nota de satisfacție și automulțumire, bonomie și optimism senin, suportul afectiv fiind aici mai dens, mai comprimat și mai unidirecționat.

Menționăm că spre deosebire de prima eventualitate, în care ideile delirante aveau un caracter facultativ în sensul că bolnavul, în convingerea delirantă, plin de sine, în optimismul său imperturbabil, nu simțea nevoia să convingă și pe ceilalți și să-și impună ideile, în a doua situație, cel în cauză este centrat pe ideea recunoașterii (de către ceilalți) a sacrificiului și a luptei pentru impunerea ideilor sale. Astfel de situații se întîlnesc în paranoia.

b) *Ideile delirante de invenție* constau în elaborarea unor planuri sau încercări de realizare a unor dispozitive sau aparate de interes major, și care preocupă în general pe oamenii de știință în perioada respectivă. Esențialul pentru delirant nu constă atît în secretul calculelor sau mecanismelor, ci în paternitatea, prioritatea indiscutabilă și monopolul absolut al invenției lor.

c) *Idei delirante de reformă* — sînt îndreptate spre edificarea unor planuri filantropice, de pace universală și veșnică, a unor sisteme filozofice sau politice.

d) *Ideile de filiație* constau în convingerea bolnavilor de a fi descendenții unor familii renumite, în general cunoscute sau moștenitori ai unor persoane întotdeauna cu situație economică, socială sau culturală înaltă.

e) *Ideile erotomaniace* exprimă convingerea delirantă a bolnavului de a fi iubit de către o persoană de obicei cu un nivel socio-cultural superior și căreia îi atribuie în mod deliberat sentimente de dragoste față de el, interpretînd în acest sens orice act sau manifestare întîmplătoare a acesteia. Sub aspect clinic, ideile erotomaniace sînt acompaniate de o stare de exaltare psihică și polarizare pasională, care-i comandă și călăuzește conduita. Izvorul acestor idei delirante este constituit în special din intuiții, iluzii, false demonstrații și interpretări, iar uneori din „conversații indirecte“ de natură halucinatorie. Acest element înscrie ideea erotomană în sfera mai largă a sindromului de influență și automatism mental. Înlănțuirea acestor idei într-un sistem constituie *erotomania* descrisă de Guy de Clérambault, persoana în cauză purtînd numele de erotoman. Aceste idei pot rămîne pasive, dar uneori, după o anumită perioadă, ele pot împinge pe cel în cauză să dea curs, să realizeze practic legătura lor ideo-afectivă. Din faza dragostei constante și exclusive, atunci cînd obiectul iubirii reacționează vădit negativ sau ostil, se poate ajunge la faza rupturii și răzbunării cu reacții agresive.

Una dintre pacientele noastre socotind că este iubită de o persoană cu anumite funcţii didactice, dar că aceasta nu vrea „să i se destăinuie", a acostat persoana respectivă în public, cerîndu-i să-i declare ceea ce simte pentru ea şi să termine cu „jocul" de pînă atunci. Perplexitatea celui „acuzat", care nu cunoştea pacienta, a determinat din partea acesteia o suită de injurii şi trivialităţi ce au culminat cu cîteva lovituri de palme date peste faţa „persoanei iubite" spre stupefacţia zecilor de cetăţeni care înconjurau curioşi scena dramatică.

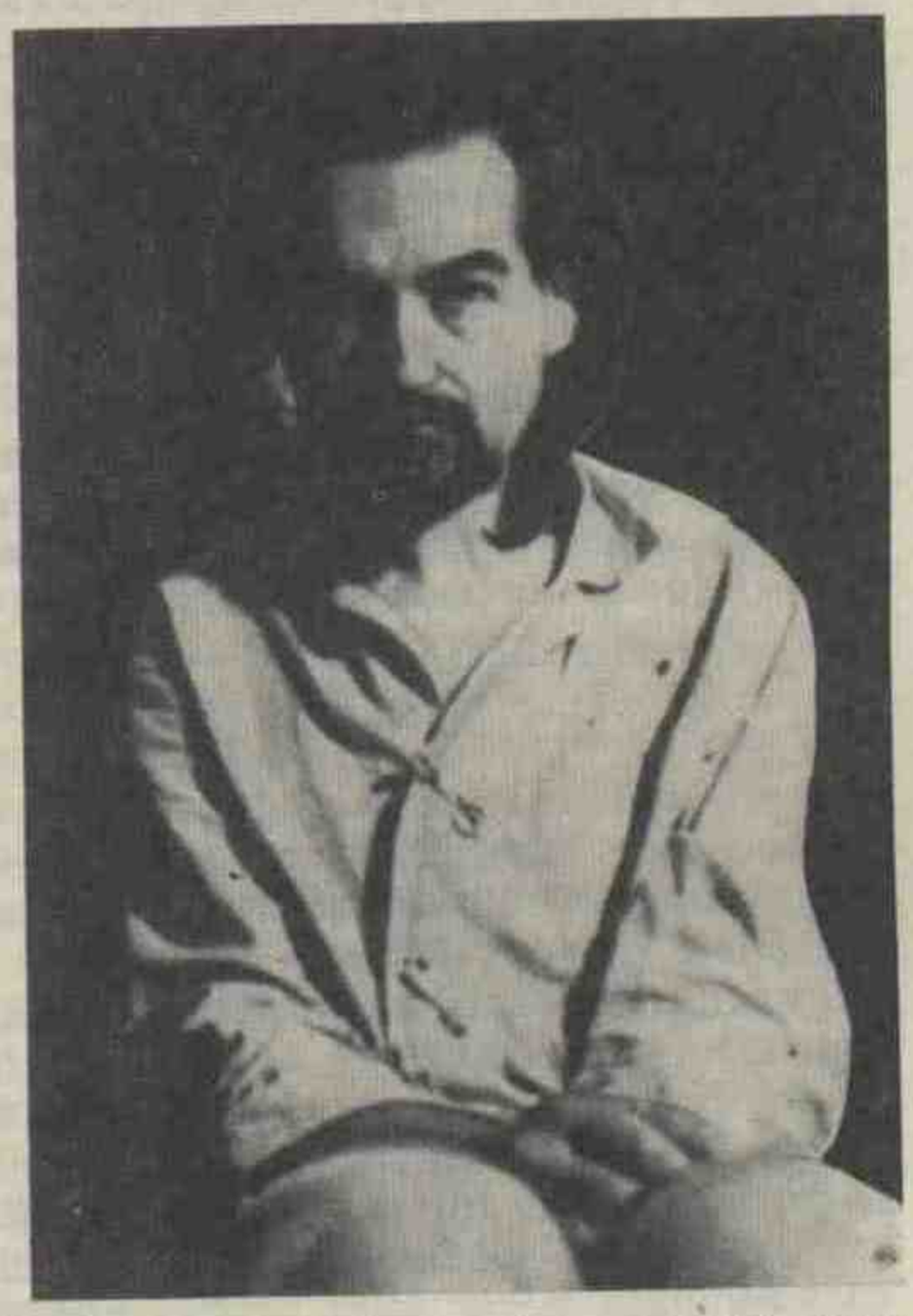


Fig. 9 — Schizofrenie paranoidă, delir mistic. Bolnavul a adoptat o pieptănătură corespunzătoare convingerilor delirante, cu plete şi barbă, care-i dau înfăţişarea de călugăr.

f) *Ideile mistice sau religioase* trebuie distinse de misticism, speranţă sau chiar convingere naivă asupra existenţei unei forţe supranaturale de natură spirituală, cu care cel în cauză caută o comuniune. Ideile mistice delirante pot fi deseori urmarea preocupărilor religioase sau consecinţa unui vis cu aspect de eidetism. Bolnavul are convingerea că este purtătorul unei misiuni de ordin spiritual, religios, al unui mesaj transcendental de a răspîndi în lume pacea şi credinţa în forţa divină, de a împărţi dreptatea, de a întrona „armonia generală" etc.

2. *Idei delirante depresive :*

a) *Ideile de persecuţie* constau în convingerea bolnavilor că sînt observaţi, urmăriţi, că se complotează împotriva lor, că se intenţionează suprimarea lor ş.a. Trăind de obicei cu teamă intensă situaţia lor în „această lume ostilă", pacienţii recurg la măsuri de apărare şi într-o fază mai avansată pot trece la acte de violenţă, realizînd conversiunea persecutaţi-persecutori. În postura de persecutat, în special bolnavii cu delir sistematizat se pot comporta la început ca nişte resemnaţi, situaţie în care se ascund, îşi schimbă domiciliul, evită lumea, pentru ca mai tîrziu să recurgă la plîngeri, acuze, revendicări, reclamaţii, violenţe şi conduite antisociale.

b) *Ideile de revendicare* izvorăsc din convingerea unei nedreptăţi şi se manifestă pe plan clinic printr-un sentiment perpetuu de frustraţie. În virtutea acestei convingeri delirante, bolnavii îşi canalizează întreaga

lor activitate spre revendicarea drepturilor lor. Ei recurg la procese, fac sacrificii economice mai mari decît drepturile și proprietățile pe care le revendică. Uneori lupta lor este îndreptată spre un beneficiu moral și acționează în vederea triumfului unei idei etc. Procesele întreţin deseori starea de alertă, acumulează și întăresc sentimente de ură, care, amplificate de interpretarea delirantă, îi împing la exasperare, cînd își fac singuri dreptate, mergînd pînă la violențe, agresiuni și crimă.

c) *Ideile de gelozie* se traduc prin suspectarea gesturilor expresiei mimice, intonației, atitudinii și dispoziției afective ale partenerului, pe care le interpretează drept mijloace de comunicare cu o terță persoană, sau drept probe de adulter. Uneori aceste idei se deosebesc greu de gelozia fondată, situație în care trebuie să se țină seama de amplitudinea ideii delirante, caracterul său obsedant și tenace și aspectul incredibil al acuzațiilor. Ideea de gelozie este alimentată în general de false recunoașteri, iluzii de percepții și memorie, interpretări delirante, iar la alcoolici este amplificată atît de experiențele onirice, confuzionale, de scenele de coșmar, cît și de scăderea libidoului.

d) *Ideile de relație* imprimă convingerea bolnavului că persoanele din ambianță exercită asupra sa o influență negativă și că prin cuvinte, gesturi sau acțiuni, fac aprecieri defavorabile asupra calităților sale morale, intelectuale, fizice sau sexuale.

e) *Ideile de autoacuzare și vinovăție* — spre deosebire de ideile delirante de persecuție, care au adesea o direcționare centripetă (cercul de ostilitate și rea voință micșorîndu-se treptat), ideile de autoacuzare au de obicei o tendință centrifugă și un caracter progresiv mergînd de la culpabilitate — prin disgrație — la nedemnitate. Bolnavul se consideră vinovat de situația grea în care se află, de nereușita copiilor, de necazurile prietenilor și în general de nenorocirile altora. În melancolii, aceste idei pot duce nu numai la suicid, ci și la omucidere, cunoscută în psihopatologie sub denumirea de „omor altruist".

f) *Ideile hipocondrice* (sînt considerate depresive datorită faptului că evoluează pe o stare afectiv-negativă de obicei de aspect depresiv-anxios). Ele conferă bolnavilor convingerea delirantă că sînt amenințați sau cuprinși de o boală grea, incurabilă, de obicei cu sfîrșit letal, fapt pentru care interpretează și amplifică nemăsurat tulburări efemere și neesențiale ale funcției diverselor aparate sau sisteme. Pe acest fond depresiv-anxios, ei se autoanalizează și se documentează necontenit în legătură cu presupusa afecțiune. În stadii avansate și mai ales la bolnavii în vîrstă, aceste idei pot fi însoțite de halucinații care au un caracter fantastic, absurd. Astfel, uneori bolnavii dezvoltă convingerea că eventualele garguimente reale sînt determinate de vietăți (broaște sau șerpi) pe care le poartă în stomac sau intestin. Alteori ei afirmă că locul și structura unor organe s-au modificat.

g) *Ideile de transformare și posesiune* se pot referi la transformarea corporală, care conferă convingerea metamorfozei fizice, parțiale sau generale, sau la transformarea în animale, idei ce dau conținut delirului metabolic sau zoontropic, în care bolnavii poartă convingerea că sînt transformați parțial sau total în animale. Aceste idei cu caracter

absurd și fantastic se întîlnesc, de obicei, fie în stări demențiale cum este paralizia generală ajunsă în stadiul de demență profundă, fie în schizofrenia paranoidă.

h) *Ideile de negație* se caracterizează prin aceea că bolnavul nu recunoaște realități evidente, ajungînd să nege însăși realitatea funcțiilor vitale, existența unor organe, a unui proces psihic, a unor aspecte din realitate etc. De exemplu, bolnavii afirmă că nu mai mănîncă, nu mai respiră, organele s-au atrofiat, au putrezit. În depresiile de involuție, pacienții trăiesc totodată un sentiment de intensă culpabilitate, afirmînd că sînt condamnați să trăiască veșnic, pentru a se chinui veșnic. Aceste idei delirante caracterizate prin enormitate, negație și imortalitate au fost reunite de Cotard în sindromul cu același nume. Evident, amplitudinea ideilor delirante amintite semnifică o foarte severă perturbare psihică ce poartă deseori, în subsidiar, deteriorarea cognitivă, fapt pentru care sindromul Cotard se întîlnește în stări demențiale profunde (de natură luetică în special), în melancolia delirantă (în special de involuție) și mai rar în stări confuzionale (mai ales de origine infecțioasă).

3. *Idei delirante mixte (combinate).* Noțiunea de mixt sau combinat nu se datorește mixturii ideative, multiplicității temelor delirante, ci ambiguității, tonalității afective, pe care evoluează aceste idei. Astfel, unii autori inserează aici ideile de interpretare, care domină aspectul manifestării psihopatologice. Ca și ei, sîntem de acord cu această delimitare, reamintim însă că aspectul interpretativ rămîne o caracteristică generală a tuturor ideilor delirante.

Într-un efort de distincție a acestor idei (sistematizate de Sérieux și Capgras), putem afirma totuși că mecanismul delirant este aici interpretarea. Caracterizați printr-un analitism excesiv, acești bolnavi supun tot ceea ce este perceput, văzut sau auzit, rigorilor raționamentului inductiv completat și potențat intuitiv și imaginativ. În linii mari ideea conferă bolnavului convingerea delirantă că gesturile, acțiunile sau afirmațiile persoanelor din jur poartă o semnificație specială cu referire la el. Pacientul este animat de tendința de a analiza, explica și descifra toate aspectele lumii contingente, conform criteriilor egocentrismului, în sensul că totul se referă la sine, el este centrul atenției și evenimentelor. Tendința interpretativă poate fi orientată asupra evenimentelor „*exogene*“ sau „*endogene*“.

În prima situație, bolnavul analizează date furnizate de propriile-i simțuri. Astfel, într-o serie de raționamente și interpretări, pornind de la privirea mai deosebită a unui trecător, bolnavul poate ajunge la concluzia unui complot. Alteori, semnificația pe care interpretantul o acordă unor fapte curente de observație, este relativ comprehensibilă, ele fiind apreciate într-o viziune de simbol sau conform criteriilor superstițiilor comune. De exemplu, o floare oferită este considerată drept declarație de dragoste și respectiv cîntecul cucuvelei, considerat ca semn de moarte apropiată. Comunicarea prin limbaj, sensurile multiple ale acestuia, accepțiunile diverselor noțiuni, ca și modulația, intonația, metaforele și jocurile de cuvinte, constituie pentru bolnav tot atîtea

izvoare interpretative ; în al doilea caz, bolnavul analizează evenimentele lumii sale interioare. În această situaţie, materialul interpretărilor este oferit de producţia ideativă, conţinutul visurilor şi senzaţiilor corporale. Aceste producţii, pretins endogene, sînt supuse aceluiaşi mecanism interpretativ, ca şi cele de mai sus, bolnavul realizînd prin intuiţie imediată o inferenţă de la un precept exact, la un concept delirant.

Clérambault afirma că, spre deosebire de ideile delirante pasionale (gelozie, erotomanie), care se dezvoltă în lanţ pornind de la o verigă princeps, realizînd un sector delirant al vieţii psihice, ideile delirante de interpretare se dezvoltă în reţea. Astfel percepţiile iluzorii, aluziile, supoziţiile, pseudoraţionamentele, prin interpretări succesive, realizează o reţea relativ difuză, care cuprinde în ochiurile sale noi aspecte ale realităţii. Aşa cum arată H. Ey, aprecierea lui Clérambault se verifică numai în fazele iniţiale ale construcţiei delirante, întrucît ulterior, cînd sistematizarea este terminată, bolnavul se luminează, se edifică, descoperă adevărul, delirul său fiind bine conturat şi „demonstrat" pînă la evidenţă.

Alţi autori (Michaux L., 1965) înglobează aici ideile de persecuţie, întrucît în mod practic, acestea nu pot fi detaşate niciodată de starea de teamă şi anxietate.

— *Ideile de influenţă,* ca şi ideile de relaţie, sînt variante ale delirului de interpretare, exprimînd convingerea bolnavului de a se afla sub imperiul unei forţe xenopatice. Dacă înainte, influenţa exterioară se exercita asupra pacienţilor în special prin diavol, ocultism (descîntece, farmece), acum aceasta se realizează în special prin sugestie, hipnoză, unde electromagnetice, radiaţii atomice, raze cosmice, ceea ce ilustrează evidenţa influenţelor socio-culturale şi ştiinţifice ale epocii. Această forţă externă, străină personalităţii insului, influenţează gîndurile, sentimentele, actele, inhibîndu-le, amplificîndu-le sau perturbîndu-le.

— *Ideile metafizice,* cosmogonice, sînt orientate spre elucidarea originii vieţii, a lumii, a sufletului, a reîncarnării sau metempsihozei.

Delirul rezidual este ideea delirantă care rămîne în calitate de monosimptom după ce au trecut toate celelalte aspecte psihotice (tulburarea de conştiinţă, halucinaţii, agitaţie psihomotorie). În acest stadiu bolnavul consideră că a fost bolnav, că acelea erau închipuiri de boală, deşi el continuă să susţină o parte din ideile sale delirante. De obicei acest delir este de scurtă durată (cîteva zile după ieşirea din starea confuzivă).

Modalităţile de apariţie şi de formare a ideilor delirante nu sînt elucidate ; se presupun, însă, diferite posibilităţi. Astfel se vorbeşte de *percepţie delirantă* atunci cînd ideea delirantă este precedată sau se află în legătură cu o iluzie sau halucinaţie, de *intuiţie delirantă* în cazul apariţiei ideii respective în urma unei reprezentări mentale spontane. Se consideră că spre deosebire de intuiţia normală, intuiţia delirantă este rezultanta unui dezechilibru ideo-afectiv. Acest mecanism este socotit de către Targowla şi Dublineau mai caracteristic ideilor delirante de gelozie, autoacuzare, hipocondriace etc.

Delirul de imaginație ar apare ca urmare a unei simple fabulații, iar *delirul de interpretare* ar fi consecința unor greșeli de judecată a fenomenelor reale. Toate acestea sînt de fapt ipoteze care, după părerea noastră, nu au o valoare euristică convingătoare.

După unele aspecte particulare ale modalităților în care ideile delirante se grupează și după coexistența lor cu alte tulburări psihotice, au fost delimitate trei tipuri principale de sindroame delirante și anume : paranoide, parafrenice și paranoiace (v. Sindroame). Ca și mecanismele, cauzele apariției ideilor delirante sînt neelucidate, dar în cele mai multe cazuri ele sînt socotite ca expresie a acțiunii unor factori toxici, infecțioși, traumatici (emoționali, fizici). Ca și în cazul halucinațiilor, modelele experimentale produse mai ales cu psihedelice, demonstrează că patologia delirantă nu poate fi limitată la mecanisme strict corticale, dereglările care le determină extinzîndu-se și la regiunile subcorticale.

Mecanismul fiziopatologic care stă la baza ideilor delirante după I. P. Pavlov, Ivanov-Smolenski, Ghiliarovski și alții ar consta în existența unor focare de excitație inertă înconjurat de zone de inhibiție în stare de fază ultraparadoxală, care se instalează datorită inducției negative provocate de focarul de excitație. Această inducție negativă intensă inhibă focarele de sens contrar din scoarță cu ajutorul cărora ar fi existat posibilitatea de a corecta conținutul ideii delirante. De aci lipsa de critică.

Școala pavlovistă subliniază de asemenea că în scoarța cerebrală a bolnavilor cu idei delirante pe fondul inhibiției (în faza ultraparadoxală) se inversează sensul relațiilor inhibitorii, astfel că ceea ce trebuia să fie inhibat se dezinhibă și devine dominant, din care cauză, în loc să apară ideea normală care exprimă corect realitatea, apare opusul ei.

c) **Tulburări ale expresiei verbale și grafice ale gîndirii.** *Limbajul* este activitatea de comunicare între oameni și de realizare a gîndirii verbale, noționale, specific umane.

El trebuie distins de limbă care este un sistem de mijloace lingvistice (fonetice, lexice și gramaticale) constituite de-a lungul dezvoltării istorico-sociale cu ajutorul cărora se realizează comunicarea reciprocă între oameni. Produs al evoluției social-istorice, limba păstrează în plus cristalizate în noțiuni și concepte, rezultatele cunoașterii și experienței umane.

Spre deosebire de limbă, fenomen supraindividual (a cărui existență depinde de un grup social, o națiune și nu de un ins), limbajul are un caracter individual, fiind aplicarea concretă a limbii de către fiecare om ; el este „limba în acțiune“ (S. L. Rubinstein — 1962).

Prin funcția sa cognitivă, limbajul se apropie și fuzionează cu gîndirea, iar prin funcția sa comunicativă, el transmite informații și stimulează acțiuni.

În unitatea dialectică cu gîndirea, limbajul rămîne mereu în urma acesteia, ideile fiind întotdeauna mai dinamice decît semnul lor verbal.

Considerăm că acest fapt nu constituie totuși un contraargument al unității indistructibile dintre gîndire și limbaj, fenomenul putînd fi interpretat în sensul contradicției dialectice dintre formă și conținut, contradicție în care forma rămîne întotdeauna în urmă față de dezvoltarea conținutului.

Limbajul se caracterizează prin trei aspecte distincte, putînd fi deci cercetat din trei puncte de vedere :

a) fonetic — este primul aspect care se constituie încă de la antepreşcolar şi constă în însuşirea particularităţilor sonore ale limbajului. De menţionat că structura fonetică a limbajului este şi ea purtătoare a unui sens, avînd un rol important în comunicare ;

b) lexical — aspect realizat treptat prin însuşirea cuvintelor în cursul dezvoltării ontogenetice ;

c) gramatical.

Există trei forme de limbaj : oral, scris şi intern.

Limbajul oral. Este forma de bază a limbajului, în care se exprimă caracterele sonore şi corelaţiile auditiv-motorii (prin cele două laturi ale sale : ascultarea şi vorbirea).

Sub formă monologată sau dialogată limbajul oral are un caracter situativ (depinzînd de situaţia în care se manifestă), un caracter adresativ, o temă de susţinere şi uneori un subtext alcătuit din implicaţii înţelese de interlocutor.

Menţionăm aceste caracteristici întrucît toate pot fi modificate în psihopatologie. Exemplu : în stări de mare tensiune afectivă, de raptus şi în momente de catharsis afectiv ca şi în schizofrenii, caracterul situativ este ignorat, bolnavul manifestîndu-se sub imperiul tendinţelor sale sau ca şi cum ar fi singur.

De asemenea caracterul adresativ poate să fie total ignorat în situaţiile în care insul vorbeşte singur (solilocvează) sau în situaţii de hiperactivitate simplă a limbajului, cunoscută sub denumirea de bavardaj.

Susţinerea limbajului este deseori perturbată în psihopatologie (schizofrenii, demenţe etc.), bolnavii neavînd posibilitatea să urmărească cu consecvenţă şi să dezvolte tema în discuţie.

Subtextul poate fi interpretat în manieră delirantă sau apreciat simbolic în special de cei cu delir de interpretare, de către paranoici în general şi uneori de obsesivi.

Limbajul intern. Punctul de intersecţie şi fuziune a gîndirii cu limbajul, are loc aici, pe terenul limbajului intern. Prin caracteristicile sale, limbajul intern se apropie în cea mai mare măsură, uneori confundîndu-se cu gîndirea. De asemenea, nu există limbaj intern fără o formulare verbală, după cum invers, formularea verbală este legată de gîndire prin limbajul intern.

Ieşirea din gîndire a limbajului intern este ilustrată prin aceea că el este acompaniat de semne semantice minime ale articulării verbale, fenomen care poate fi ilustrat prin înregistrarea curenţilor de acţiune ai aparatului fonator în timpul desfăşurării limbajului intern. De asemenea A. N. Sokolov (1956) a înregistrat micromişcările limbii în timpul unor procese intelectuale, ilustrînd că acestea se traduc prin dezvoltarea concomitentă a unor microchinezii.

Considerăm însă că aceste date nu trebuie să ne ducă la concluzia conform căreia, limbajul intern este un limbaj minuscul, întrucît el are particularităţi proprii. Astfel, deşi derivă din limbajul oral, limbajul intern îl depăşeşte pe acesta sub raport funcţional, prin el pregătindu-se, de cele mai multe ori intervenţia orală şi scrisă. Pentru F. Moch (1962) limbajul intern precede prin geneza lui limbajul oral, el luînd naştere în momentul în care impulsurile creierului pot fi evocate deliberat şi în special atunci cînd s-a organizat un sistem de asociere a acestor evocări. Limbajul se realizează cînd se reuşeşte stabilirea unei corespondenţe între aceste evocări şi anumite acte.

Limbajul intern este mai operativ, scurtcircuitînd şi realizînd concomitenţe ale unor elemente pe care limbajul oral sau scris nu le poate reda decît în succesiune.

În al treilea rînd, spre deosebire de limbajul oral şi scris, care au un rol predominant comunicativ, limbajul intern se distinge prin caracterul său pregnant cognitiv.

Tulburările de limbaj cunosc o clasică sistematizare în trei mari categorii :

Dislogii sau tulburări mentale ale limbajului sînt consecutive modificărilor de formă și conținut ale gîndirii și evoluează fără modificări ale funcției limbajului și ale aparatului logomotor.

Disfazii, sinonime afaziilor, constau în ansamblul tulburărilor comprehensiunii și exprimării limbajului oral și scris, provocat de o leziune cerebrală circumscrisă și unilaterală ; se datoresc deci tulburărilor funcției limbajului.

Dislalii sînt tulburări de pronunțare (articulare a cuvintelor), determinate de modificări de intensitate patologică ale funcțiilor aparatului logomotor.

Dislogiile. În scop didactic, în cadrul dislogiilor putem distinge :

a) tulburări de formă (ale activității verbale) ;

b) tulburări de conținut (ale funcției lingvistice și semantice a limbajului).

a) *Tulburările de formă sau ale activității verbale.* Tulburările de intensitate, înălțime și timbru ale activității verbale se întîlnesc în anumite stări patologice, nevrotice, psihopatice sau psihotice. Astfel, vocea bolnavului poate să fie de intensitate crescută, de o tonalitate înaltă, ca în stările de excitație psihomotorie, în momente de catarsis afectiv sau uneori în discursul maniacal.

Invers, vocea poate să fie de intensitate scăzută, slabă, șoptită, ca în depresii, melancolie, psihastenie și schizofrenii, uneori.

Pe lîngă aceste însușiri de tonalitate afectivă, vocea mai poate exprima neliniștea, anxietatea sau dezorientarea, cînd ea apare ca eziantă, limbajul pierzîndu-și în același timp din coerența sa.

Stările delirante expansive redau sentimentul de forță, bogăție, încredere sau putere, printr-o voce declamatoare, patetică. Bolnavii cu schizofrenie paranoidă sau cu paranoia își exprimă deseori supraestimarea și prețiozitatea, printr-o voce manierată, emfatică.

Hiperactivitatea verbală simplă, vorbăria, care nu este susținută ferm tematic, este cunoscută în psihopatologie sub denumirea de *bavardaj* și se întîlnește în situații normale în special la femei, caracterizată printr-o puternică notă de extraversie. În situații patologice, bavardajul poate fi întîlnit uneori în isterie, cînd persoana vorbește pentru a atrage atenția celor din jur fără să țină seama de impresia realizată asupra acestora sau de opiniile interlocutorilor precum și în stări anxioase, cînd persoanele vorbesc într-o tendință compensatorie și disimulatorie a unei insecurități profunde.

Spre deosebire de bavardaj, care ilustrează în special aspectul cantitativ al limbajului prin creșterea debitului, psihopatologia cunoaște o accelerare propriu-zisă a ritmului verbal, descrisă sub numele de *tahifemie.*

O accentuare a hiperactivității verbale, în sensul creșterii patologice a ritmului și a debitului verbal, consecutiv accelerării ritmului ideativ, poartă numele de *logoree* ; se întîlnește în ușoare intoxicații, stări hipomaniacale și manie.

Aceeaşi accelerare a ritmului ideativ, marcată de repetarea stereotipă sau anarhică a unor cuvinte sau fraze ininteligibile care duce la pierderea coerenţei ideative, poartă denumirea de *verbigeraţie.*

Hipoactivitatea verbală. Poate fi vorba de o hipoactivitate verbală simplă, datorită unei stări de inhibiţie, la oameni timizi sau o hipoactivitate consecutivă unei stări afectiv-negative care le limitează comunicarea, aceasta fiind eliptică, ezitantă, monotonă, cum se întîlneşte în depresii şi psihastenii. Ea este cunoscută în psihopatologie sub denumirea de *bradifemie.*

Scăderea pînă la dispariţie a activităţii verbale, este cunoscută sub denumirea de *mutism.* Expresie a unor leziuni neurologice sau a unor tulburări psihice, mutismul este întîlnit în clinica neurologică şi cea psihiatrică. Se cunoaşte astfel : *mutismul akinetic,* care este un sindrom caracterizat printr-o tulburare a stării de conştiinţă, prin pierderea vorbirii şi a motricităţii. Bolnavul este inert, reacţionează greu şi tardiv la stimulii psiho-senzoriali, dar cu privirea urmăreşte actele celor din jur, oferind astfel impresia de prezenţă în mediu. Se consideră că ar fi consecutiv unor leziuni ale corpului calos şi în general, ale sistemului reticulat activator ascendent.

Cînd etiologia mutismului este legată de o boală psihică, acesta se caracterizează prin absenţa comunicării, fără abolirea concomitentă a motricităţii.

Deşi adevărata accepţiune a noţiunii de mutism implică absenţa comunicării sub aspectul intensităţii, psihopatologia îl descrie sub diverse grade : *mutism absolut :* de aspectul celui descris, întîlnit prin excelenţă în neurologie sau în schizofrenia catatonică ; *mutism relativ :* situaţie în care bolnavii comunică prin mimică, pantomimică, scris sau prin expresii verbale reduse sub forma unor foneme, interjecţii etc. ; *mutism discontinuu* (semimutism) : întîlnit în special la bolnavii cu confuzie mentală şi la deliranţi ; *mutism electiv :* în care bolnavii nu se adresează decît anumitor persoane sau evită să relateze anumite situaţii de obicei stressante.

Psihopatologia studiază de asemenea stările care prin aspectul lor clinic, se aseamănă cu mutismul şi anume : *mutitatea,* se caracterizează prin imposibilitatea vorbirii şi este datorită unei leziuni în zona corticală a limbajului, asociată cu leziuni ale aparatului auditiv ; *musitaţia* este caracterizată prin vorbirea în şoaptă, inteligibilă şi se întîlneşte în special la schizofrenici ; *mutacismul* este un mutism deliberat şi voluntar care poate fi întîlnit la simulanţi, la unele persoane normale ca o reacţie de protest (în special la tineri). El îmbracă însă forme particulare la oligofreni, demenţi şi psihopaţi, ca expresie a aceleiaşi opoziţii.

— *Afemia* (anartria) care se datoreşte unei leziuni neurologice, corticale (afazice) şi se caracterizează printr-un mutism întrerupt uneori de foneme care exprimă mulţumirea, nerăbdarea sau negarea.

De asemenea, ritmul verbal poate să fie incoerent, traducînd pe planul limbajului incoerenţa ideativă, după cum ritmul poate să fie

brusc întrerupt, fenomen cunoscut sub denumirea de *blocaj verbal*. Uneori, în timpul discursului sau dialogului, se constată repetarea aceloraşi cuvinte sau a aceleiaşi fraze, fenomen cunoscut sub denumirea de *stereotipie* verbală (vezi figura 10, 11) şi întîlnit în special în schizofrenie.

Repetiţia obsedantă a unuia sau mai multor cuvinte sau expresii în general grosolane, care se întîlneşte în special la bolnavi cu stări afectiv-negative, poartă numele de *onomatomanie*.

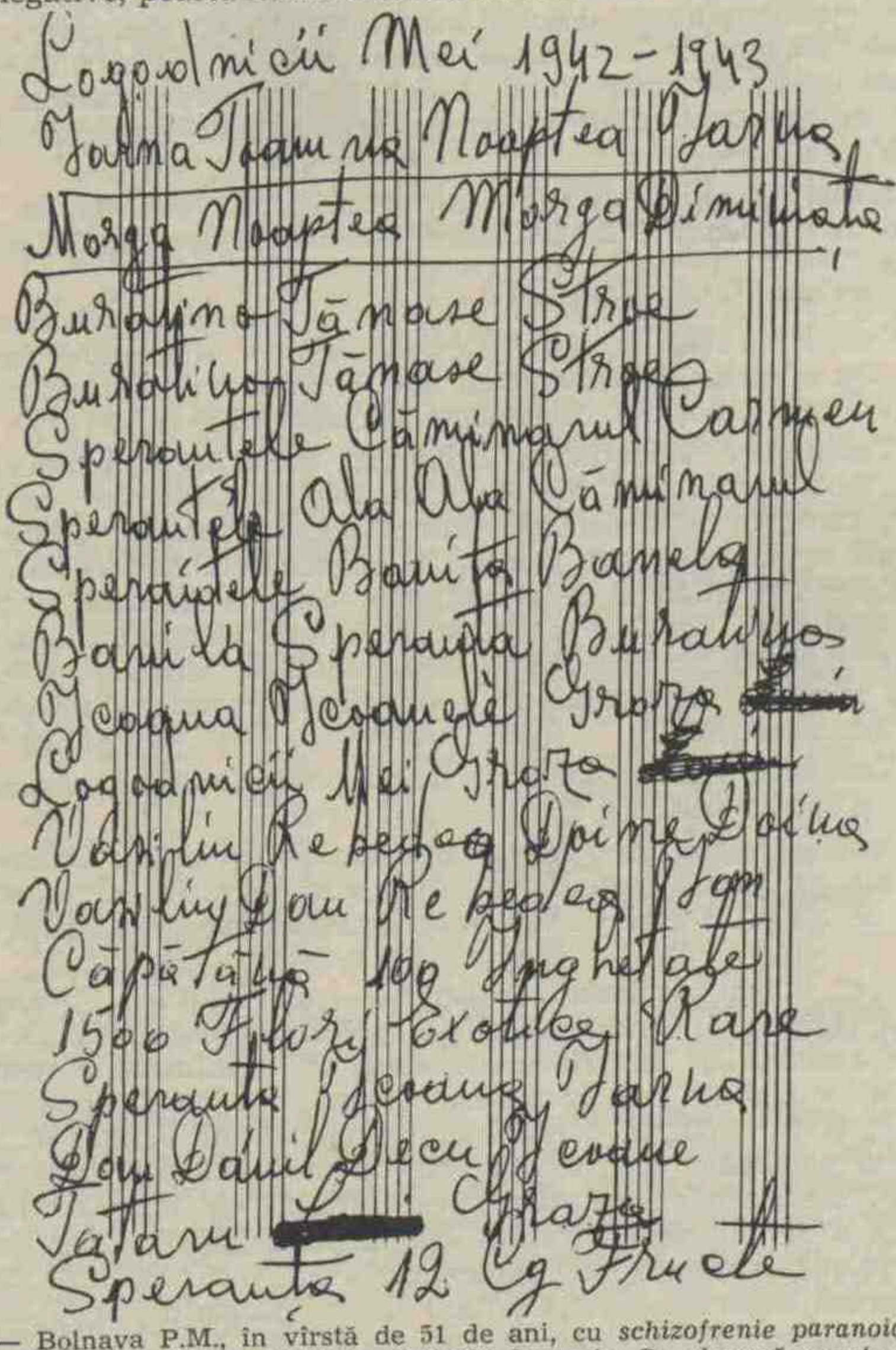


Fig. 10 — Bolnava P.M., în vîrstă de 51 de ani, cu *schizofrenie paranoidă, în stadiul defectual*. Disociaţia psihică se reflectă în scris. Se observă repetarea stereotipă : salată de cuvinte, neologisme şi paragramatisme. Fiecare cuvînt începe cu literă mare.

Atunci cînd are loc repetarea (involuntară) a unor cuvinte și de obicei a ultimelor sau a ultimului cuvînt din frază, se vorbește de *palilalie*. Alți autori consideră că palilalia constă în tendința patologică de repetare a unor cuvinte într-un ritm din ce în ce mai rapid ; ea se întîlnește în leziuni striate și în demențe cu caracter atipic, cunoscute sub denumirea de boala Pick și boala Alzheimer.

Alteori, bolnavul (cu schizofrenie, oligofrenie sau demență) repetă întocmai cuvintele auzite datorită sugestibilității sale exagerate, simptom cunoscut sub numele de *ecolalie*. Acest simptom psihopatologic nu se întîlnește izolat, de obicei fiind însoțit de *ecomimie* (imitarea expresiei mimice a interlocutorului) și *ecopraxie* (imitarea gesturilor interlocutorului).

Palilalia, ecolalia, mutismul și amimia au fost reunite de către Guiraud în sindromul P.E.M.A. întîlnit în stările demențiale, și mai ales în boala Pick.

Desigur, culmea incoerenței verbale o realizează *psitacismul*, care departe de a alcătui un limbaj, constă dintr-o sonorizare mecanică a unor foneme lipsite de vreun conținut semantic ; se întîlnește în oligofrenie profundă (idioție) și în demențe avansate.

b) *Tulburările de conținut (ale funcției lingvistice, semantice) ale limbajului*. Aceste tulburări se caracterizează prin alterarea sensului cuvintelor, care pot fi modificate, trunchiate, fuzionate, formate printr-o inversiune a fonemelor sau prin aceea că bolnavul conferă o accepțiune proprie, inedită, diferită de accepțiunea comună în care sînt folosite. Aceste modificări se datoresc ruperii unității psihismului, deteriorării cognitive, nedezvoltării cognitive, sau alunecării delirante, situație care exprimă tendința bolnavului de a ermetiza, obscuriza limbajul ori de a-i descifra noi sensuri.

În linii mari, aceste modificări pot fi întîlnite atît la nivelul cuvintelor, cît și la nivelul frazei.

La nivelul cuvintelor : relativ frecvent, în special în schizofrenie și psihastenie, bolnavul poate folosi un cuvînt obișnuit într-o accepțiune diferită de aceea în care el este îndeobște folosit ; este vorba de *paralogism*.

Alteori, bolnavii folosesc *neologisme* (vezi figura 11) ; acestea sînt cuvinte imaginate, inventate de ei, în special de schizofreni, în tendința lor de a exprima cît mai fidel un mesaj, ori o informație specifică. În afara acestor cuvinte noi, create ca o expresie a unei necesități de comunicare, și care poartă denumirea de *neologisme active*, în discursul bolnavului pot apare cuvinte noi, într-un mod automat, prin procedeul asonanței, contaminării sau fuzionării. Întrucît ele apar întîmplător și nu poartă o semnificație simbolică sau un mesaj au fost denumite *neologisme pasive*. Pentru a reda simbolic o armă cu o capacitate de distrugere în masă a țărilor Europei, unul dintre pacienții noștri cu schizofrenie denumea aceasta armă inventată de el „formauleuropean" (for = formidabil ; maul = a lua „maul"). Era vorba de un tun (după schema prezentată) care dezvoltă energie pe bază de „apă comprimată".

Uneori discursul bolnavului psihic abundă în folosirea neologismelor, utilizează accentul dintr-o limbă străină, limbajul fiind deviat de la sensul și funcția sa, luînd un aspect automat, bizar și incomprehensibil, fenomen ce poartă denumirea de *glosolalie*. Întrucît, datorită numeroaselor neologisme, bolnavul oferă impresia că se exprimă într-o



Fig. 11 — Bolnava P. M., în vîrstă de 51 de ani : *schizofrenie paranoidă în stadiul defectual,* cu disociație psihică accentuată : stereotipii de limbaj, neologisme, text lipsit de sens.

limbă nouă, creată de el, că vorbește într-un anumit jargon, fenomenul mai este cunoscut în psihopatologie sub denumirea de *jargonofazie.*

La nivelul frazei : mai ales în stări de intoxicație, în confuzii mintale, dar și în stări maniacale și hipomaniacale, bolnavii renunță la conjuncții, prepoziții, articole, reducînd limbajul la scheletul său, format în special din verbe și substantive, realizînd un stil telegrafic, cunoscut sub denumirea de *agramatism.*

Alteori fraza poate cuprinde expresii bizare sau neoformații verbale care pornesc însă de la rădăcini corecte, simptom cunoscut sub numele de *paragramatism.*

Cînd însă, pe fondul unui discurs normal, sînt inserate în mod repetat unele cuvinte străine de sensul general al acestora, fenomenul este cunoscut sub denumirea de *embololalie* sau *embolofrazie.*

În schizofrenie, după primele combinări comprehensibile, cuvintele pot fi asociate superficial, sau reunite întîmplător, realizînd o disociere a limbajului, care se numeşte *schizofazie.*

Utilizarea în special a neologismelor şi îndepărtarea cuvintelor de conţinutul lor semantic explică aşa-zisa tendinţă la simbolizare a gîndirii, care constă în înlocuirea unei noţiuni sau a unei idei prin alte noţiuni, idei, semne, cifre cu înţeles mijlocit, de obicei îndepărtat de expresia logică directă şi uşor inteligibilă. Astfel, unul dintre bolnavii noştri, la ceas îi spunea „Ticu", legîndu-l în mod simbolic de numele lui mic „Ticu" şi de tic-tacul ceasornicului. În clinică, printre bolnavi devenise aproape proverbială expresia „lasă-mă cubic", care înlocuia simbolic expresia „nu mă pisa", „nu mă plictisi".

Toate aceste modificări de conţinut ale limbajului duc la o disociere semantică şi în ultimă instanţă la o pierdere a legăturii între semnificat şi semnificant. În funcţie de intensitatea afecţiunii, dar mai ales de natura ei, această disociere şi detaşare a cuvîntului de conţinutul său semantic are loc în mod progresiv.

Iniţial, se produce o creştere a sferei semantice, o extindere a sensului cuvîntului respectiv, care înglobează aspecte contingente sau depărtate de el. Această extensiune a sferei semantice este cu atît mai mare şi mai rapidă, cu cît cuvîntul respectiv are un caracter mai abstract. Fenomenul se întîlneşte mai ales în stări de deteriorare cognitivă.

Cînd procesul patologic avansează, folosirea abundentă a paralogismelor şi neologismelor duce la o distorsiune a sensului, fenomen care se dezvoltă în detrimentul comprehensibilităţii limbajului.

Cînd prin interpunerea a noi cuvinte desprinse de context sau prin eliminarea altora care au rol în susţinerea tematică a discursului, se ajunge la paragramatism şi respectiv agramatism, legăturile semnificant-semnificat sînt foarte slabe, aparent lichidate sau eliminate, aceasta este de fapt *dispersia semantică.* Tulburarea apare ca o consecinţă a scindării unităţii ideative şi se întîlneşte cu predilecţie în schizofrenie.

În ultimul stadiu al deteriorării se ajunge la *disoluţia semantică,* în care între semnificat şi semnificant nu mai poate fi percepută nici o legătură. În acest stadiu, limbajul îşi pierde funcţia sa de comunicare ; însuşi conceptul de limbaj pare inadecvat pentru aceste stări de activitate logomotorie, de activitate cu aparenţă automatică sau ludică.

Disfaziile. În aprecierea tulburării comprehensiunii şi expresiei limbajului, trebuie avut întotdeauna în vedere eliminarea unei stări psihotice, a unei stări demenţiale sau de nedezvoltare cognitivă.

Disfaziile (afaziile) cuprind o serie de tulburări de obicei legate de leziuni cerebrale, printre care menţionăm :

Surditatea verbală, de intensitate variabilă, constă în incomprehensiunea cuvîntului vorbit. Întrebările interlocutorului rămîn fără răspuns sau sînt urmate de răspunsuri care nu au legătură cu acestea. În stadii mai uşoare, bolnavul poate oferi impresia comprehensibilităţii dialogului întrucît, într-o tendinţă disimula-

torie (foarte frecvent prezentă), bolnavul, înțelegînd un cuvînt, deduce întreaga idee și numai investigații speciale psihologice pot evidenția tulburarea de înțelegere.

De menționat că surditatea verbală la poliglоți se manifestă mai pregnant pentru limba cea mai recent învățată și mult mai discret pentru limba maternă. Se constată aici ceea ce Delay a descris sub numele de „lege a disoluției" (v. Memoria). În stări mai avansate însă, conduita afaziculuí față de limba proprie este ca aceea a unui om căruia i se vorbește într-o limbă străină, pe care nu o cunoaște.

Deseori se constată că, deși bolnavul nu recunoaște cuvîntul pronunțat, acesta este recunoscut, dacă pronunțarea este însoțită de indicarea și prezentarea obiectului pe care-l semnifică.

Surditatea verbală, în manifestările sale discrete, este însoțită de elemente parafazice și jargonofazice cînd, pe fondul conversației spontane pot apare cuvinte ininteligibile desprinse de context.

De asemenea, în cadrul surdității verbale poate să apară intoxicația prin gest sau perseverarea ordinului dat, în sensul că bolnavul continuă să execute primul ordin și atunci cînd i se indică să execute un alt ordin.

Intoxicația prin cuvînt reprezintă o transpoziție a fenomenului din planul praxiei pe acela al limbajului, în care bolnavul repetă răspunsul oferit la prima întrebare și la întrebările următoare.

Amnezia verbală, deseori singurul simptom al afaziei, constă în uitarea unor cuvinte sau a vocabularului în întregime. În prima eventualitate, amnezia interesează în primul rînd metaforele, adjectivele, numele proprii, apoi numele de familie, substantivele și în final verbele, amintind aceeași lege a disoluției precum și legea regresiunii memoriei, descrisă de Th. Ribot, conform căreia uitarea se așterne de la prezent spre trecut, de la nesistematizat la sistematizat, de la complex la mai puțin complex.

Afazicul se mai recunoaște și prin deformarea cuvintelor folosite prin înlocuirea cuvîntului oportun cu altul desprins de context (probabil datorită amneziei verbale), fenomen cunoscut sub denumirea de *parafazie*.

Afazia este însoțită întotdeauna de *alexie* sau *cecitate verbală*, care constă în incomprehensibilitatea limbajului scris. De intensitate variabilă, alexia poate să împiedice : a) recunoașterea arhitecturii generale a unui text (situație în care bolnavul nu așază pagina în poziție lizibilă) ; b) recunoașterea literelor *(alexie literală)* sau c) recunoașterea silabelor, alexie silabică *(asilabie)*. Tot în cadrul afaziei se întîlnește, de asemenea, *alexia motorie* care constă în imposibilitatea de a citi cu voce tare.

Legătura alexie-afazie este ilustrată și prin faptul că în situațiile în care bolnavii reușesc totuși să citească, din cauza tulburării afazice nu pot reproduce ceea ce au citit.

Toate aceste tulburări de limbaj se întîlnesc în leziuni neurologice, în special în hemoragii cerebrale, ramolismente cerebrale, tumori, abcese sau traumatisme cerebrale, ele fiind mai amplu tratate în manualele de neurologie.

Dislaliile. Dificultatea sau imposibilitatea pronunțării se poate manifesta în mod predilect pentru : — anumite sunete *(dislalie de sunet)* ; — anumite silabe *(dislalie de silabă)* sau pentru — anumite cuvinte *(dislalie de cuvînt)*.

Menționăm faptul că sunetul, silaba sau cuvîntul respectiv, luat singur poate fi pronunțat, dislalia manifestîndu-se numai cînd acesta este întîlnit într-un anumit context.

Dislaliile literale sînt minuțios studiate de logopedie, fapt pentru care aici menționăm numai cîteva dintre ele.

Dislalia pentru R (rotacism) se produce prin imposibilitatea obținerii vibrării vîrfului limbii și vibrarea (probabil compensatorie) a vălului palatin, atunci cînd se încearcă pronunțarea literei R.

Dificultatea pronunției sunetelor înalte (S, Z, J), precum și a combinațiilor (PS, TS, KS) determină sîsîiala *(sigmatismul)*. Aceasta este o dislalie dentală, determinată de implantarea vicioasă a dinților sau de o deformare congenitală sau cîștigată a maxilarelor (prognatism, progenism).

Insuficiența contracției vălului palatin (prin pareza sau paralizia acestuia), existența polipilor nazali, determină vorbirea pe nas *(rinolalia)*, care este o dislalie nazală.

Atunci cînd la tulburările articulatorii se asociază tonii sau clonii ale musculaturii fonatorii sau respiratorii, se realizează bîlbîiala *(balbismul)*, care prezintă ca forme clinice de manifestare :

a) *Balbismul clonic* se caracterizează printr-o vorbire repetată, sacadată ; el poate interesa de obicei o silabă de la începutul unui cuvînt sau a unei fraze (ba ba ba -balsam, ma ma-mama).

b) *Balbismul tonic* se manifestă printr-o rezistență puternică în pronunțarea unei silabe sau cuvînt, rezistență care întrerupe discursul și care atunci cînd este depășită, cuvintele se revarsă brusc, tumultuos, în cascadă (b b b — balsam, m m m — mama).

Aceste distincții didactice sînt mai rar întîlnite în forma lor pură. În practică întîlnim de obicei balbismul mixt sau c) *balbismul tonico-clonic*. Tulburările musculaturii fonatorii nu constituie principala cauză a balbismului. Întotdeauna sînt interesați mușchii respiratori din al căror asinergism funcțional, cuvintele pot fi exprimate în inspir (cu insuficientă intensitate), sau în expir (brusc, intempestiv și tumultuos). Patogenia balbismului trebuie privită în mod complex ca un asinergism funcțional al musculaturii articulatorii, fonatorii și respiratorii, care se încadrează într-un complex simptomatic de esență nevrotică.

Evident, dificultatea în pronunție se manifestă într-o mai mare amplitudine în anumite situații emoționale, dar și cu ocazia folosirii anumitor cuvinte, a căror pronunție este mai dificilă. Datorită acestui fapt, pacientul evită pronunțarea acestor cuvinte, caută să le înlocuiască cu altele, dar care nu sînt găsite prompt, iar prin conținutul lor semantic nu sînt la fel de oportune ; discursul său devine astfel mai puțin inteligibil. Datorită faptului că nu găsește întotdeauna în mod prompt cuvîntul cel mai adecvat, pacientul se încarcă tensional afectiv-negativ ; pe de altă parte, dificultățile întîlnite în pronunția cuvintelor dificile îi creează o veritabilă fobie față de acestea (cunoscută în defectologie sub denumirea de *logofobie*).

Datorită suprimării numeroaselor silabe sau cuvinte, în situația unui balbism avansat, însoțit de inversiuni, repetiții și eliziuni, limbajul poate deveni total ininteligibil, fenomen cunoscut în psihopatologie sub denumirea de *tumultus sermonis*.

Tulburările limbajului scris. Apărut pe baza limbajului oral, limbajul scris nu constă într-o simplă transpoziție a acestuia în forma

grafică, el are caracteristici speciale, iar corecta lui desfășurare impune anumite rigori.

Spre deosebire de limbajul oral, unde între foneme se impuneau relații temporare, în situația limbajului scris, cuvintele sînt ordonate într-o dispoziție spațială.

Limbajul scris necesită în plus o bază senzorială mai amplă prin includerea și impunerea pe prim plan a analizatorului vizual ; la fondul senzorial audio-motor al limbajului oral, se adaugă acum aspectul vizual, limbajul scris fiind vizualo-audio-motor.

Prin desfășurarea sa, limbajul scris se apropie de monolog și implică exigențele limbajului monologat. El devine astfel o formă „închisă" de comunicare și pentru a fi bine înțeles (întrucît este lipsit de sprijinul interlocutorului), trebuie să fie limpede, riguros, explicit. În același timp limbajul scris își păstrează caracterul situativ, adresativ și sistemul de referință.

Dificultatea limbajului scris sporește încă față de limbajul monologat, prin faptul că nu mai poate beneficia de expresivitatea directă. Într-adevăr, limbajul monologat, prin folosirea adecvată și oportună a intensității timbrului, modulației etc., adaugă la semnificația semantică a ideii, prin nota de expresivitate, noi semnificații care prin caracterul lor viu și adecvat sporesc comprehensibilitatea și convingerea ; considerăm că prin forța expresivității se poate valorifica, în manieră particulară, semnificația generală a cuvîntului.

Lipsit de sprijinul și beneficiul expresivității, limbajul scris are un caracter predominant contextual ; sensurile, semnificațiile sale decurg în această situație exclusiv din context, din modul de construcție a frazei. Tocmai de aceea conservarea rigurozității logice și gramaticale, folosirea judicioasă a lexicului, grija pentru stil, primesc o importanță deosebită în situația limbajului scris. Expresie grafică a vorbirii auzite, limbajul scris urmează în eventualitatea sa patologică tulburările limbajului oral. Astfel : dislogiile, disfaziile și dislaliile pot fi exprimate pe planul expresiei grafice prin tulburări denumite *psihografice*, *disgrafice* și respectiv *caligrafice*.

Tulburările psihografice (corespunzătoare dislogiilor) pot fi sistematizate în : a) tulburări ale activității grafice ; b) tulburări ale morfologiei (grafice) ; tulburări ale semanticei grafice.

a) În cadrul *tulburărilor activității grafice*, pot fi incluse : *hipoactivitatea grafică*, scăderea activității grafice, de intensitate variabilă, mergînd pînă la refuzul de a scrie, asociat (fiind probabil consecința) unei stări de mutism sau de negativism verbal, se întîlnește în situațiile în care apar aceste simptome și în special în schizofrenie ; uneori se întîlnește o disociere între negativismul verbal și *negativismul* pe care îl putem denumi *grafic*, în sensul că bolnavul refuză să vorbească, dar acceptă să scrie ; *hiperactivitatea grafică* poate fi de diferite grade, iar în forma sa de maximă manifestare, sub forma unei tendințe patologice și irezistibile de a scrie, poartă numele de *graforee*, fiind corespunză-

toare (sau probabil consecința) logoreei. Se întîlnește mai rar decît aceasta, întrucît bolnavii care prezintă logoree, purtînd în subsidiar instabilitatea, nu au răbdarea să transpună grafic tumultul expresiei lor verbale. Poate exista o veritabilă disociere a logoreei, de expresia sa grafică, întîlnită mai ales la schizofreni și paranoici care, redactează diverse scrieri, planuri, jurnale intime, pe care nu le termină niciodată.

Ilustrativ în acest sens este „opera" unui paranoic cu studii superioare care redactase peste 5 000 de pagini, lucrare intitulată sugestiv „Poveste neterminată". Un alt pacient cu diagnosticul de schizofrenie, pe o bucată de hîrtie de dimensiunile unui ziar redactase delirul său *cosmogonic* de așa manieră, încît la prima vedere imitația unui ziar era izbitoare. Acest al doilea caz exprimă atît disocierea între logoree și expresia grafică (bolnavul era tăcut, cufundat în lumea lui autistă) cît și aspectul *grafomanic.*

Grafomania se manifestă nu atît printr-o tendință impulsivă, patologică, de a scrie, ci în special prin predilecția, manifestată în exces, la exprimarea grafică. Spre deosebire de caracterul intempestiv și deseori eliptic sau incoerent al curgerii grafice, întîlnit în graforee, grafomania respectă coerența și rigorile stilistice ale limbajului scris, de care se distinge doar prin conținutul său și prin cantitate ; ea se întîlnește în special la bolnavii cu delir cronic sistematizat, care își expun detaliat planurile de reformă, invenție etc., la idealiștii pasionali, care întocmesc nenumărate scrisori în care caută să-și exprime tumultul ideativo-afectiv, la cverulenți și procesomani, care își exprimă în scris nenumărate plîngeri, acuzații, proteste etc.

În cadrul psihografiilor se întîlnește frecvent *incoerența grafică* (vezi figura 10, 11, 12, 13), în care cuvintele sau frazele sînt lipsite de legătură între ele. Incoerența grafică exprimă incoerența verbală și în ultimă instanță incoerența ideativă, întîlnindu-se în clinică împreună cu acestea. De asemenea, *stereotipiile grafice* care constau în repetarea unei conjuncții, cuvînt sau fraze, precum și în intercalarea lor repetitivă în cursul expunerii grafice, sînt expresia stereotipiilor verbale. O formă a stereotipiei grafice, constă în scrierea fiecărui cuvînt cu literă mare sau începerea fiecărui rînd cu majuscule.

b) *Tulburări ale morfologiei grafice* (vezi figurile 12, 13).

Starea afectivă a bolnavilor psihici poate fi exprimată în caracterele literelor care pot fi mai mari și dispuse într-o orientare ascendentă, situație întîlnită în manie, hipomanie și stări de excitație psihică ; în stările depresive, dimpotrivă, literele sînt de dimensiuni mai mici, rîndurile avînd o orientare descendentă.

Cele mai multe și mai complexe tulburări de scris se întîlnesc la bolnavii schizofreni, al căror text se poate caracteriza prin omisiuni frecvente de litere și silabe, litere inegale, rînduri suprapuse, abundență de ghilimele și majuscule, scris cu caracter de imprimat, arabescuri, sublinieri etc. Alteori scrisul acestor bolnavi (ca și la debili și demenți) are aspectul de mîzgălituri și poartă numele de *grifonaj* (vezi figura 12, 13).

De asemenea mai poate fi amintit *scrisul în oglindă* (de la dreapta la stînga) care este expresia unor tulburări de percepție spațială sau a manierismului bolnavilor schizofrenici ; *scrisul în ghirlandă* (vezi fig. 12) întîlnit în schizofrenie, manifestări delirante și în demențe ; *scrisul su-*

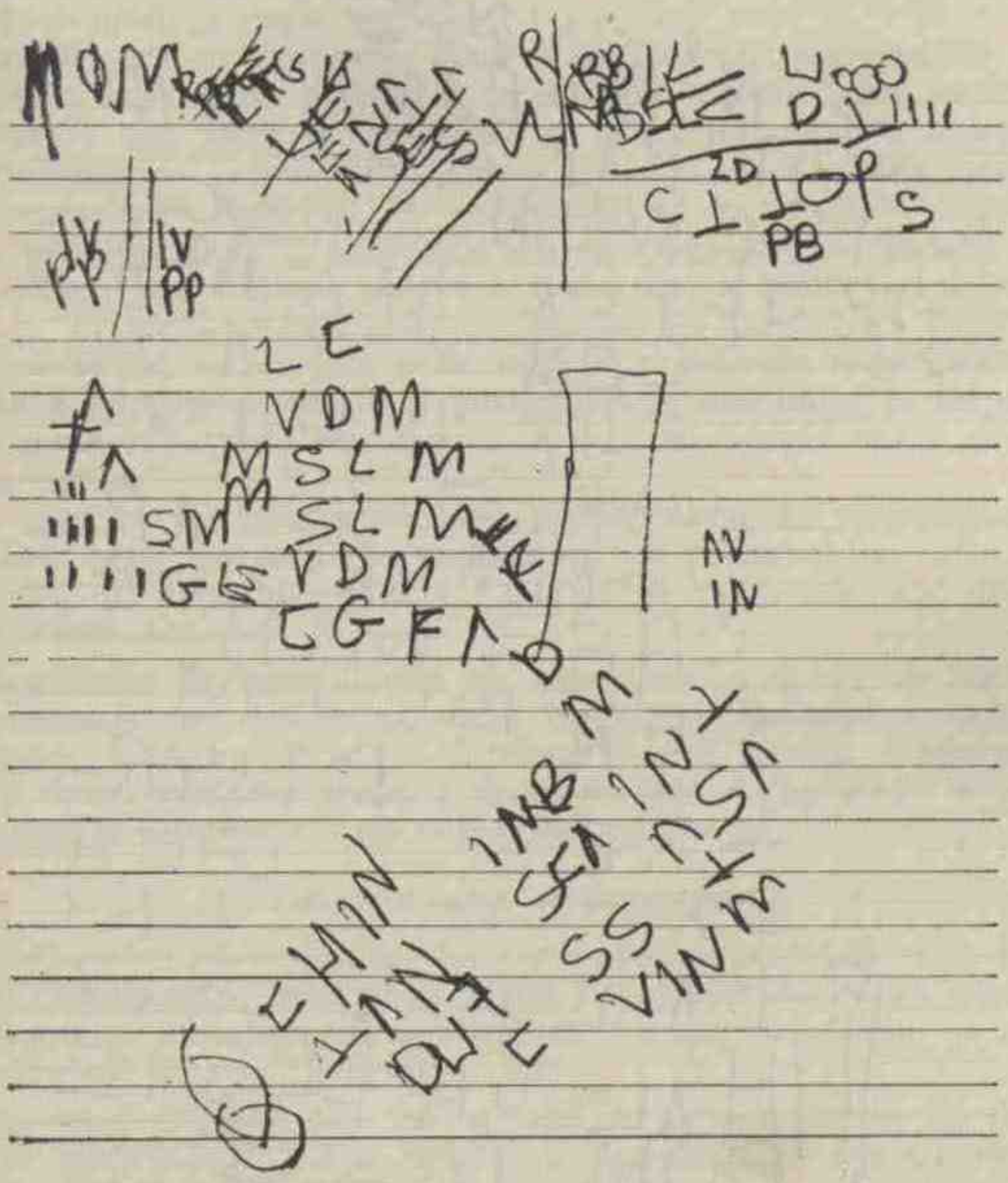


Fig. 12 — Descompunerea expresiei grafice la un schizofren, cu dispariția cuvintelor, plasarea bizară a grupurilor de litere și semne la marginile hîrtiei, aglutinate, scris „în ghirlandă".

prapus (vezi figura 13), care exprimă simbolismul gîndirii schizofrenice și autismul acestor bolnavi ; *scrisul seismic*, întîlnit mai ales în bolile cu o fenomenologie motorie de tip extrapiramidal, dar și în catatonie.

c) *Tulburări ale semanticei grafice.* În cadrul grafo-patologiei, pe locul întîi în ordinea frecvenței se situează *paragramafismele* ; contrar opiniei comune, ele nu se referă la desenul grafismului, ci la transpoziții de litere și cuvinte, substituții, omisiuni etc. și se întîlnesc în special în schizofrenie.

Deşi considerate corespunzătoare neologismelor, *neografismele* nu constituie întotdeauna o simplă fonogramă a neologismelor corespunzătoare (J. Bobon, 1962). Ele se întîlnesc în special în schizofrenia paranoidă, în parafrenie şi uneori în paranoie.

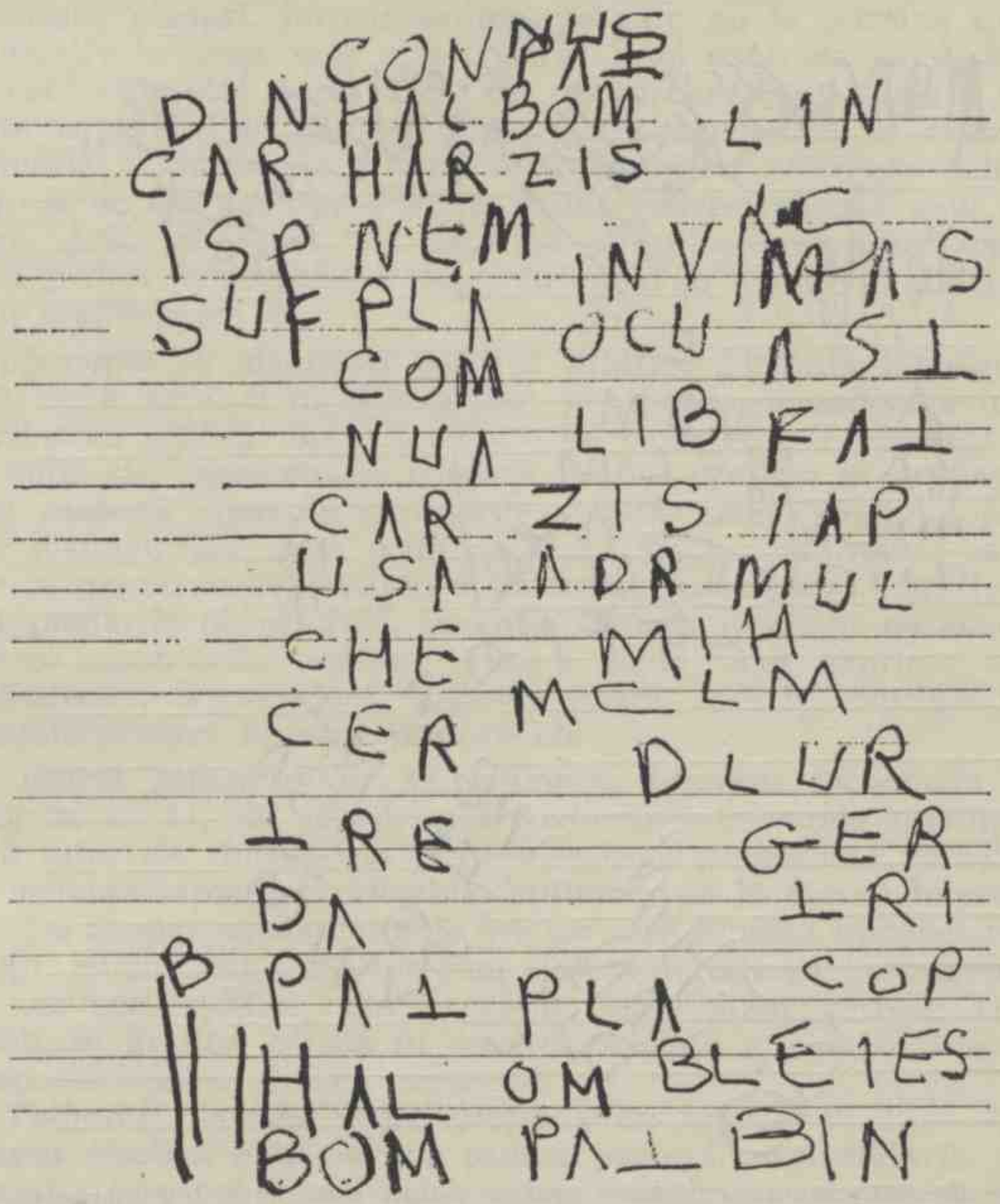


Fig. 13 — Descompunerea expresiei grafice la schizofreni, cu dezmembrarea cuvintelor, litere inversate, lipsa de sens a textului respectiv.

Nedezvoltarea gîndirii constituie unul din aspectele semiologice ale oligofreniilor. Gravitatea exprimării clinice a acestei nedezvoltări oferă caracteristica principală a celor trei grade de oligofrenie : idioţie, imbecilitate şi debilitate mentală (vezi Oligofreniile).

Regresiunea gîndirii reprezintă una din componentele esenţiale ale proceselor demenţiale. Demenţa, starea de regresiune globală sau lacunară a personalităţii se caracterizează prin pierderea totală sau parţială a capacităţii de gîndire, prin scăderea sau pierderea cunoştinţelor pro-

fesionale și a capacității de utilizare a experiențelor trecute în situațiile prezente ; prin scăderea sau pierderea capacității de înțelegere și orientare în prezentul existențial ; prin pierderea posibilității de apreciere critică a actelor proprii, a stării de boală și a poziției persoanei față de societate. Deci, dacă în oligofrenii are loc o nedezvoltare a gîndirii, în demențe se produce regresiunea ei.

Metodele de cercetare ale gîndirii sînt foarte complexe, iar aplicarea lor este în funcție de vîrstă, de gradul de instruire, de tipul formării profesionale etc. Deoarece examinarea gîndirii cuprinde o bună parte din problematica examenului psihic general, o serie din aceste probe vor fi expuse la capitolul de investigații și la capitolul oligofreniilor.

În general bolnavii sînt solicitați să efectueze comparații între diferite obiecte sau noțiuni pentru a sesiza în ce măsură sînt capabili să scoată în evidență asemănările și deosebirile dintre ele. Pentru cercetarea operațiilor de analiză și sinteză se urmărește capacitatea de evidențiere a părților esențiale și particulare a noțiunilor și respectiv utilizarea acestor elemente în formarea noțiunii despre unele obiecte, fenomene, acțiuni.

În ceea ce privește aprecierea posibilităților de generalizare, ea se realizează prin evidențierea capacității de comparație, prin sortarea unor imagini, după elementele generale și principale ale mai multor obiecte, ființe, acțiuni.

Capacitatea de generalizare, de asemenea ca și cea de abstractizare și concretizare, se deduce pe baza înțelegerii definițiilor, a noțiunilor matematice, a exemplificărilor. Înțelegerea proverbelor, zicalelor, a unor texte, a unor probleme servește drept metodă de apreciere a capacității de judecată și raționament ale bolnavilor respectivi.

SEMIOLOGIA IMAGINAȚIEI

Fiind susținută de gîndire (al cărei element esențial este), avînd origine în reprezentări, imaginația poate fi considerată ca un proces psihic de prelucrare, transformare și sintetizare a reprezentărilor și ideilor, în scopul făuririi unor noi imagini și idei.

Deși se desfășoară atît în legătură cu reprezentările cît și cu procesele de gîndire, imaginația reprezintă în conținutul său elementul unor momente esențiale ale gîndirii (în accepțiunea ei creatoare).

Crearea noilor imagini se face atît pe baza unor obiecte sau fenomene existente în realitate, dar nepercepute vreodată de subiect, cît și pe baza unor obiecte și fenomene inexistente în realitate.

În forma ei *neintențională sau pasivă* (care cuprinde visul și reveria), imaginația are strînse legături cu psihopatologia, întrucît aceste producții imaginative constituie elemente predilecte la studiul psihopatologic. Într-adevăr, toate tendințele insului, toate aspirațiile și dorințele, gîndurile intime și pasiunile nepermise, precum și temerile sale, vin să se manifeste în această satisfacție halucinatorie, care este visul.

În forma ei *intențională sau activă,* imaginația se prezintă ca :

— *reproductivă* (foarte apropiată de memoria imaginativă), în care

este vorba de o asociere a elementelor verbal-imaginative cu imagini care vin din experienţa proprie, cum se întîmplă în lectură ;

— *vis de perspectivă* (expresie a conştiinţei propriei perspective), în care este vorba de proiectarea mentală a dorinţelor, aspiraţiilor şi planurilor de viaţă ;

— *imaginaţie creatoare*, care este condiţia „sine qua non" a înţelegerii oricărui act de creaţie, prin care este anticipată imaginativ ideea, sau chiar planul viitoarei realizări.

Modurile de realizare a noilor imagini sau *procedeele* prin care operează imaginaţia pot fi diferenţiate după gradul de complexitate în :

a) *Aglutinarea* constă în fuzionarea, în îmbinarea a două sau mai multe imagini ce reprezintă obiecte, fiinţe sau părţile acestora ; de ex. centaurii — fiinţe cu bust de om şi corp de cal, diavolul — cu figura de om însă cu coarne şi coadă, îngerii — copii cu aripi etc.

b) *Combinarea* constă în situarea unei imagini într-un context neobişnuit, realizîndu-se astfel relaţii noi între imagini şi elementele ambianţei.

c) *Amplificarea* (exagerarea) sau *diminuarea* anumitor însuşiri ale imaginilor unor obiecte, fiinţe în scopul realizării unor efecte de contrast (uriaşi şi pitici).

d) *Tipizarea* reprezintă modalitatea de exprimare a esenţei unor relaţii rezultate din generalizarea trăsăturilor caracteristice şi esenţiale ale imaginilor unor grupe de obiecte, maşini, oameni, care apoi sînt individualizate în tipuri de obiecte, maşini, tipuri de eroi în literatură etc.

e) *Schematizarea* constă în reprezentarea părţilor esenţiale ale unor tipuri de persoane, de acţiuni, de maşini. Prin tipizare şi schematizare de altfel se realizează imaginea mintală a obiectului, a acţiunii. Aceste modele ale imaginaţiei deosebesc (după Engels), realizările omului de realizările altor fiinţe caracterizate printr-o perfecţiune greu de atins de către persoana umană neînarmată cu maşini perfecţionate (pînza de păianjen, celula de ceară etc.). Înainte de a realiza un obiect sau de a întreprinde o acţiune omul, spre deosebire de animale, îşi construieşte în minte imaginea obiectului sau acţiunii pe care o întreprinde.

f) *Simbolizarea* reprezintă una din modalităţile frecvent întîlnite în psihopatologie şi constă în exprimarea unei idei printr-o imagine dedusă şi caracteristică unui domeniu de obicei îndepărtat expresiei directe şi uşor inteligibile a ideii respective.

Psihopatologia imaginaţiei este în strînsă legătură cu psihopatologia gîndirii, modificările sale de aspect cantitativ precum şi tulburările sale fiind în strînsă legătură cu dezvoltarea şi respectiv cu tulburarea gîndirii.

Astfel *imaginaţia* este *scăzută* în toate stările de nedezvoltare cognitivă (oligofrenii), constatîndu-se chiar un anumit raport între nedezvoltarea imaginaţiei şi insuficienţa cognitivă. De asemenea, insuficienţa imaginativă urmează îndeaproape deteriorarea cognitivă, aşa cum se întîmplă în demenţe.

Toate stările confuzionale, prin dezorganizarea psihică pe care o determină, duc implicit la o perturbare și diminuare temporară a imaginației. Personalitatea epileptică prin adezivitatea, vîscozitatea și analitismul excesiv, oferă deseori impresia unei limitări imaginative.

Imaginația mai poate fi scăzută în cursul stărilor de inhibiție, care trebuie corect distinse de negativism, mutacism, reticență sau opoziție. Astfel, imaginația diminuă tranzitoriu în cursul inhibițiilor emoționale, în inhibiția din stările depresive, în nevrozele obsesionale, psihastenii ș.a.

Exaltarea morbidă a imaginației. Creșterea forței imaginative se întîlnește în intoxicații ușoare, în stările de excitație, precum și în cazul delirurilor cronice sau în schizofrenia paranoidă, construcția delirantă fiind nu numai o deviere parareală ideativă, ci și o realizare pe plan imaginativ.

O formă de exaltare imaginativă este realizată de *mitomanie* sau pseudologie fantastică (Birnbaum), considerată de autorii clasici ca forma de manifestare a isteriei, delirurilor de imaginație și a sindromului Korsakov.

Actualmente mitomania este considerată ca un sindrom întîlnit în diferite stări, după cum este considerată și ca un aspect al unor personalități caracterizate prin emotivitate, sugestibilitate și exaltare imaginativă.

Se poate aprecia că la aceste personalități este vorba de o tendință mitomanică, întrucît bolnavii pun în serviciul imaginației toate resursele lor cognitive ; ei adaptează relatările imaginative nivelului sociocultural al interlocutorului sau auditoriului, pe care însă îl subestimează întotdeauna nu numai sub aspect etic, dar și sub aspect cognitiv.

Indiferent de conținutul tematic, relatarea mitomană se caracterizează prin următoarele aspecte :

a) *Organizarea romanescă a trăirii,* care face ca aspectul formal al discursului să nu fie adecvat și modelat conținutului său ; dincolo de relatarea mitomanului, interlocutorul sesizează irealitatea conținutului.

b) *Alibiul existențial* se caracterizează prin aceea că indiferent de forma relatării și chiar de conținutul ei, ideile merg univoc unidirecțional spre supraestimarea persoanei proprii ; mitomanul își clădește imaginea de sine pe baza intuiției dorințelor și așteptărilor auditoriului despre sine.

c) *Suprasemnificarea* este o altă caracteristică a jocului imaginativ al mitomanului care trece de la simpla exagerare pînă la fabulația cea mai amplă, în virtutea scopului principal de a atrage atenția și interesul celorlalți asupra sa.

d) În sfîrșit, o altă caracteristică este dată de *conduita de teamă* datorită căreia mitomanul consideră că nu poate realiza o legătură interpersonală decît prin intermediul fabulației. Atunci cînd această relație îl interesează, se dezvoltă o stare de teamă legată de posibilitatea descoperirii caracterului fabulator al relatării. Pentru a da o aparență de realitate fabulației, mitomanul este capabil să se angajeze chiar într-o relație concretă ; atunci cînd toate încercările s-au soldat cu eșec, ultima

lui soluție este fuga și uneori suicidul, prin doze subletale de substanțe toxice, conferind astfel și acestui act fatal o notă fabulatorie.

În privința *relației mitomanie-boală psihică*, opiniile au înregistrat o anumită evoluție ; astfel, în mod clasic se considera că mitomania este avanscena delirului de imaginație sau fantastic. Puțini sînt astăzi aceia care admit această supoziție.

Se consideră că relația mitomanie-psihopatie exprimă o realitate, întrucît adesea conduita psihopatului poate constitui prototipul mitomaniei ; în perversiunile sexuale mitomania nu constituie un scop, ci doar un mijloc de negare a tulburării instinctive.

În isterie, mitomania nu mai reprezintă un epifenomen ca în alte eventualități, ci este intrinsecă și implicită conduitei isterice ; în debilitatea mintală, mitomania are un rol compensator al insuficenței cognitive.

Mitomania trebuie deosebită de șarlatanie sau de escrocherie, întrucît în aceste eventualități cei implicați operează în mod deliberat, organizat, în grup, conform unui plan și unor reguli „tehnice". Spre deosebire de aceștia, mitomanul apare ca naiv și dezadaptat, neputînd beneficia de exercițiu, experiență și legătură autentică cu realitatea, — lipsit de toate acestea, mitomanul este un debutant perpetuu.

În acest sens, lipsită de scop și beneficiu utilitar, mitomania — asemănătoare fantasmei și reveriei — se îndepărtează de minciună, îndreptîndu-se spre delir, fără a aparține însă lumii delirante.

Dacă fabulația coerentă și relativ adaptată aparține mitomaniei, confabulația, fiind acompaniată de tulburări mnezice și scăderea pragului de control al conștiinței, realizează un discurs străin de circumstanțe și rupt de realitate. Detașîndu-se de realitate, lipsită de izvorul socio-genetic, alimentată de pseudoreminiscențe sau fragmente de vis, confabulația marchează încă un pas pe scara dintre adevăr și delir. Deși există autori care o consideră deliberată, ca o tentativă de disimulare a bolnavului în fața propriului dezastru mnezic, confabulația este întotdeauna labilă, relativ incoerentă și tinde inexorabil spre absurd.

Spre deosebire de mitomanie și confabulație, care se înscriu în aria de studiu a psihopatologiei, minciuna (alterarea intenționată a adevărului) întîlnindu-se la persoane cu o deplină claritate a conștiinței și cu posibilități cognitive intacte, poate fi apreciată din punct de vedere psihopatologic doar sub aspect etic.

Întrucît caracterizează persoana celui în cauză, minciuna nu trebuie confruntată cu realitatea, cu veridicitatea faptelor, ea „nu trebuie opusă adevărului, ci mai curînd sincerității" (A. Porot, 1965).

Considerăm că *simulația* are o sferă mult mai restrînsă, ea referindu-se doar la falsificarea adevărului în privința stării de sănătate. Astfel, pot fi simulate boli organice, în special neurologice, sau boli psihice variate, în special stări de negativism și stupoare, mutism sau oneiroidism halucinator (în care nu poate simula însă și starea confuzională), agitație maniacală etc.

De menționat că la bolnavii isterici și debili mentali, simulația este accentuată, tenace și persistentă, în ciuda aspectului caricatural și opo-

ziției ambianței. Gradul și „fidelitatea“ simulării unei boli somatice sau psihice este în funcție de imaginația, inteligența și rezistența simulatorului, dar cu un spirit de observație și o pregătire medie, orice stare de simulație poate fi identificată.

În afara *simulației adevărate* întîlnită la subiecți cu o stare fizică și psihică normală, se descrie *metasimulația*, în care după un episod psihotic, acut, real (confuzie, depresie, bufeu delirant) sau după un accident, subiectul refăcut, realizînd beneficii consecutiv situației patologice, persevorează în acuzele sale anterioare.

Spre deosebire de aceasta, *suprasimulația* presupune o tulburare somatică sau psihică preexistentă pe care bolnavul o amplifică.

Dimpotrivă, *disimularea* constă în ascunderea unor simptome psihice sau somatice ori a unei boli în scopul sustragerii de la un tratament obligatoriu, obținerii unui beneficiu sau punerii în aplicare a unei idei delirante sau tendințe suicidare. De menționat înaltul potențial disimulator al bolnavilor depresivi, manifestat în special la debutul sau după traversarea episodului depresiv, adică tocmai atunci cînd tendința suicidară se manifestă mai pregnant. Ei disimulează starea lor psihică pentru a evita internarea sau în vederea externării pentru a putea realiza acest act final, fatal.

Se vorbește de fapt de adevărate conduite de disimulare *(reticența de disimulare)*, de negare a bolii sau simptomatologiei acesteia *(reticența de renegare* sau *anozo-gnozică)* și în sfîrșit ascunderea simptomelor morbide de către pacienți în fazele incipiente ale proceselor demențiale, cînd aceștia mai păstrează încă conștiința „versantului descendent“ al existenței.

B. SEMIOLOGIA STĂRILOR AFECTIVE

Față de orice aspect al ambianței, în orice moment al existenței sale, insul dezvoltă o „trăire“, desfășoară o atitudine bogată în nuanțare și variabilitate, pe măsura electivității sale. Într-adevăr, față de aceeași situație, față de același aspect al ambianței, nu numai diverse persoane, dar chiar aceeași persoană, poate dezvolta reacții diferite, după cum aceeași reacție, poate avea semnificații diferite. Aceasta pentru că procesele afective, reprezintă o formă de manifestare a atitudinii omului față de situațiile de viață, față de realitatea înconjurătoare, în general. Ele exprimă în modul cel mai deplin universul subiectiv, simfonia subiectivă a vieții interioare, a individualității și personalității insului.

Prin caracterul său pregnant subiectiv, afectivitatea este procesul psihic cel mai legat de personalitate, prin intermediul căruia, omul își manifestă caracterul său personal, ca existență originală, unică, irepetabilă ; prin trăsăturile sale afective, care-i conferă subiectivitatea, insul își manifestă unicitatea sa în lume. Aceasta se realizează nu numai prin anumite trăsături considerate „constante“ ale afectivității, ci și prin manifestările „dinamice“ ale vieții afective și în primul rînd prin sentimente. „Sentimentele sînt întotdeauna trăite de om, ca avînd o legătură directă cu personalitatea sa ; sentimentele sînt percepute de om ca expresie a propriei sale personalități“ *(P. M. Jacobson,* 1958).

În cursul capitolului, referirile asupra stărilor afective normale vor urma sistematica și accepțiunile lui *V. Pavelcu,* după care, termenul de afectivitate va fi folosit în modul cel mai general, înglobînd în el stările afective elementare, emoțiile, dispozițiile, sentimentele și pasiunile.

În stările afective elementare includem *starea de afect,* caracterizată printr-o puternică încărcătură emoțională, cu un debut brusc și o desfășurare furtunoasă însoțită de modificări mimico-pantomimice și neuro-vegetative (tahicardie, oscilații tensionale, paloare sau îmbujorarea feței etc.). Starea de furie, de mînie sînt considerate ca reacții emoționale primitive, caracterizate printr-o capacitate scăzută de coordonare a răspunsurilor, a activității psihomotorii, printr-o înaltă tensiune afectivă, care limitează cîmpul conștienței la acel eveniment conflictual. Aceste stări trebuie deosebite de stările de afect patologic, în care se tulbură luciditatea conștienței, subiectul pierzînd astfel capacitatea de discernămînt și de apreciere critică a faptelor sale și a consecințelor acestora.

Emoția dispune de un sistem motivațional mai complex și presupune mecanisme elaborate în viață, datorită cărora beneficiază de o condiționare socială mai pregnantă.

Emoția este acea stare tipică și particulară, care exprimă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect și obiectele, ființele sau fenomenele lumii înconjurătoare. Emoțiile au o manifestare spontană, bruscă sau de lungă durată ; tensiunea afectivă este de mai mică amplitudine decît în starea precedentă, fapt ce permite aprecierea logică a situației pe linia semnificației fenomenelor. Datorită acestor caracteristici, emoțiile presupun o expresivitate desfășurată cît și disimulată, precum și o detașare de situație și reținere, conform căreia emoțiile pot fi pasive și active. Cu toate acestea, emoțiile își mențin întotdeauna caracterul obiectual, referința la un obiect, situație, idee, persoană, în funcție de care își capătă polaritatea și conținutul. Trăirile emoționale ale omului variază deci după cum toate aceste elemente satisfac sau nu trebuințele sau năzuințele subiectului. Din prima categorie fac parte emoțiile pozitive ca plăcerea, satisfacția, bucuria, din cea de-a doua (emoțiile negative) neplăcerea, tristețea, frica.

După tonalitatea lor, emoțiile se împart în *stenice* (măresc capacitatea de efort psihic) și astenice (scad această capacitate). Emoțiile dominante, în totalitatea lor, formează starea afectivă a subiectului într-un moment sau altul al existenței, fiind astfel strîns legate de o dispoziție bună, de veselie, de calm sau de o dispoziție de tristețe, de neliniște, de irascibilitate.

Dispoziția este o stare afectivă generală, de fond, de obicei de durată, avînd o intensitate medie, care reflectă starea de funcționalitate a organismului, fiind rezultanta tuturor impulsurilor extero-, intero- și proprioceptive conștientizate sau insuficient conștientizate. Dispoziția este deci determinată atît de gradul de adaptare la ambianță, cît și de starea subiectivă precedentă, care înglobează atît elemente anterior conștientizate, cît și elemente insuficient conștientizate.

Sentimentele sînt trăirile emoţionale cele mai complexe, stabile şi generalizate. Ele realizează în modul cel mai înalt trăirea raportului insului cu ambianţa. Au şi ele un obiect precis şi relativ statornic, care le conferă nu numai continuitatea, ci şi posibilitatea de influenţare a conduitei, angajînd insul pe latura voliţională, acţională şi chiar cognitivă. Sentimentele sînt mai interiorizate, mai discret polarizate, şi de o mai vagă expresivitate, deşi prin complexitatea lor pot realiza fundalul unor emoţii variate. Această formă subiectivă de trăire are o condiţionare socială evidentă, a cărei valoare este în funcţie de semnificaţia socială a obiectului lor. În forma lor superioară, se manifestă prin sentimente de prietenie, dragoste faţă de colectiv, de patrie sau sub forma sentimentelor etice, estetice etc.

Pasiunile se deosebesc de sentimente prin amplitudinea mai mare a trăirii, prin angajarea mai puternică, prin caracterul mai stabil al relaţiilor pe care le realizează cu ambianţa. Puternic instrumentate voliţional, generează impulsuri spre activitate, fiind susceptibile de mari înfăptuiri. Dacă forţa lor dinamogenă constă în componenta voliţională, valoarea lor este legată de structura personalităţii şi de semnificaţia socială a obiectului lor. Pasiunea pentru artă, pentru ştiinţă, pentru profesia aleasă înnobilează omul. Sînt însă şi pasiuni negative — egocentrice, individualiste — care dezvoltă personalităţi avare, egoiste, teroriste, sadice.

În psihopatologie, *tulburarea stărilor afective* a fost apreciată după următoarele criterii : *natura (polaritatea), intensitatea, forţa, labilitatea, conţinutul, adecvarea motivaţională sau motivarea delirantă.*

Tulburările de afectivitate pot fi de asemenea analizate sub aspectul modificărilor cantitative *(hiper şi hipotimiile)*, cît şi sub aspectul modificărilor calitative *(paratimiile)*.

Dacă în privinţa interpretării şi aprecierii stărilor afective, există o mare variabilitate între autori şi şcoli, în privinţa accepţiunii noţiunilor ce desemnează diferite stări afective, variabilitatea este extremă, neexistînd un consens „nici asupra faptelor, nici asupra cuvintelor" (E. Claparède). Astfel, nu putem fi de acord cu semnificaţia noţiunii de *distimie* prin care majoritatea autorilor desemnează o modificare în sens depresiv a tonusului afectiv. Prefixul *dis* semnificînd o tulburare nespecifică, nu poate fi restrîns numai la tulburările afective cu conţinut depresiv, fapt pentru care, prin *distimie* desemnăm toate abaterile afective — *pozitive* sau *negative* — de la starea de disconfort afectiv la eutimie.

De asemenea, nu putem fi de acord că depresia ar fi o hipotimie, întrucît starea afectivă — indiferent de intensitatea ei —, chiar atunci cînd se prezintă fenomenologic ca stare, este în fond o reacţie, implicînd o atitudine faţă de o situaţie stressantă reală sau imaginară. Îndepărtîndu-se de abscisa eutimică pe măsura intensităţii sale, depresia realizează o încărcare afectivă cu un conţinut negativ.

Hipotimia reprezintă o scădere în grade variabile a tensiunii afective şi elanului vital pînă la apatie şi indiferenţă. Se traduce printr-o

redusă expresivitate mimică și se întîlnește în oligofrenii, stări de deteriorare cognitivă, traumatisme cranio-cerebrale, stări confuzionale de etiologie variată.

Atimia, indiferentismul afectiv, *athymhormia* (Dide și Guiraud) se caracterizează printr-o foarte accentuată scădere a tonusului afectiv și a capacității de rezonanță afectivă la situațiile ambianței, ilustrînd stări somatice sau psihice grave; ea se manifestă printr-o inexpresivitate mimico-pantomimică și se întîlnește în stările de idioție, în demențe, stări confuzionale grave, catatonii sau stări defectuale schizofrene. În schizofrenii însă, atimia are un caracter aparent, fiind mai degrabă vorba de o comutare motivațională, explicată prin disocierea proceselor psihice și a autismului.



Fig. 14 — Depresie, faciesul exprimă tristețe profundă, accentuarea pliului cutanat intersprîncenos, denumită omega melancolic; comisurile bucale sînt coborîte.

Apatia reprezintă conceptul sinonim atimiei, caracterizat prin lipsă de tonalitate afectivă și interes față de propria persoană și ambianță. Ca termen generic, apatia semnifică și situațiile psihologice care nu ating o amplitudine clinică și la baza cărora stă în primul rînd lipsa de interes.

Depresia (hipertimia negativă) se caracterizează printr-o puternică trăire, printr-o participare afectivă intensă sub un evantai restrîns, cu sentimentul durerii morale, al inutilității și devalorizării. Dispoziția deprimată, conținutul perceptual cenușiu, lipsit de voioșie, uneori neclar (ca prin fum, ca prin ceață), ideația lentă cu conținut trist, dureros, se exteriorizează pe plan motor printr-o inhibiție marcată sau printr-o neliniște anxioasă, mimica, pantomimica exprimînd concordant conținutul dureros al trăirilor afective (fruntea încrețită în omega melancolic, treimea interioară a pleoapelor ridicată, comisurile bucale coborîte, corpul încovoiat, brațele cad pasiv pe lîngă corp sau sînt ridicate exprimînd deznădejdea. (figura 14, 15, 19).

În tot ceea ce simte și trăiește, depresivul întrezărește nenorocirea, prevestirea de rău, conștiința lui actualizînd aproape exclusiv trăirile cu conținut neplăcut, trist, amenințător.

Depresia, ca expresie a unei stări patologice de intensitate psihotică sau nevrotică nu trebuie confundată cu reacțiile de deprimare determinate de situațiile de doliu, pierderi materiale, dureri morale, insuccese, decepții etc., care sînt de obicei de scurtă durată și de intensitatea unor reacții caracteristice subiectului aflat în situații emoționale negative.



Fig. 15 — Depresie, mimica de tristețe asociată cu un grad de tensiune ; privirea este fixă, schiță de omega melancolic, umerii coborîți.

Simptomatologia depresivă este una din formele de tulburare psihică întîlnită extrem de frecvent, începînd cu sindroamele nevrotice din bolile somatice pînă la fazele depresive ale psihozei maniaco-depresive, unde ea îmbracă forma cea mai autentică.

Anestezia psihică dureroasă constă în aceea că bolnavul invocă faptul că nu se mai poate bucura, întrista, înduioșa, că nu mai poate simți intens afecțiunea unor persoane apropiate, că nu-și mai poate manifesta simpatia față de ele. Este de fapt durerea morală a bolnavului care conștientizează slăbirea sau pierderea capacității de rezonanță afectivă și suferă din cauză că nu poate suferi, că nu poate trăi afectiv relațiile cu cei din jur, evenimentele care se desfășoară în mediul ambiant. Acest tip de tulburare se întîlnește în fazele tardive ale unor depresii, în sindroamele de depersonalizare și derealizare și mai ales în unele forme de debut sau în stadiile preremisionale ale schizofreniei.

Depresia, și uneori trăirile din anestezia psihică dureroasă, culminează prin exacerbări critice, ca o consecință a tensiunii depresive potențate de anxietate. Aceste interferențe poartă denumirea de *raptus melancolic* și se caracterizează prin agitație psihomotorie, acte impulsive de auto- sau heteroagresiune (defenestrări, sinucideri, omucideri, automutilări).

Anxietatea însoțește de cele mai multe ori stările depresive, ea fiind definită de P. Janet ca *„teamă fără obiect"*. Această stare de teamă difuză se manifestă prin neliniște psihică și motorie cu răsunet neurovegetativ (palpitații, tulburări vasomotorii, oscilații tensionale, transpi-

rații difuze etc.). Anxietatea nu poate fi socotită întotdeauna ca expresie a unor stări patologice, ea constituind adesea caracteristica inerentă condiției umane de existență. Fiind desprinsă de concret, nedistinctă, este proiectată în viitor, pe care insul îl consideră încărcat de surprize negative, cu semnificații implacabile. Datorită acestui fapt, ea este mai mult potențială decît actuală și în același timp mai mult gîndită decît trăită. Inerentă fiecăruia în anumite momente existențiale, anxietatea nu se înscrie întotdeauna în sfera psihopatologiei, avînd uneori, cînd se desfășoară într-o amplitudine mai redusă, rol mobilizator și adaptativ. Cînd atinge o amplitudine clinică, anxietatea fie că scade randamentul și capacitatea de adaptare (în nevroze), fie că dezorganizează conduita, constituind fundalul propice dezvoltării unor elemente psihotice. Se întîlnește cu predilecție în melancolia anxioasă, psihastenie, psihopatia psihastenică, neurastenie, stări paranoide, intoxicații, în perioadele de sevraj ale toxicomanilor, în perioada de debut a psihozelor, în cursul unor afecțiuni endocrine (hipertiroidie, hipoparatiroidie, hipoovarie).

Cînd anxietatea are un acompaniament somatic resimțit printr-o senzație penibilă de disfuncție a unui organ, aparat sau sistem (constricție laringiană, toracică, algii precordiale etc.) poartă numele de *angoasă*. Prin precizarea conținutului său, angoasa face trecerea spre fobie (teama cu obiect precizat), prin disfuncția somatică respectivă, ea devine mai mult trăită decît gîndită, fiind (spre deosebire de anxietate), mai mult actuală decît potențială. Considerăm necesare aceste distincții, întrucît în argou literar angoasa este considerată ca o anxietate extremă. Este greu de precizat dacă această accepțiune literară se datorește caracterului fonematic al noțiunii sau dacă autorii respectivi, conservă ideea psihiatrului francez *Littré*, conform căreia neliniștea, anxietatea și angoasa sînt trei grade diferite ale aceleiași stări. Deși noi păstrăm distincția anxietate-angoasă, prima fiind esențialmente de natură psihică, iar a doua de natură psihofiziologică, literatura psihiatrică germană și anglo-saxonă denumesc aceste stări diferite printr-o singură noțiune „*angst*“ și respectiv „*anxiety*“.

Euforia se caracterizează printr-o încărcătură afectivă pozitivă, prin exagerarea dispoziției în sensul veseliei, stării de plenitudine, de bine general, de sănătate, de putere, însoțite de fugă de idei, logoree cu ironii și glume deseori contagioase, mimică expresivă, bogată, gesturi largi și variate, tendința de supraapreciere a propriei persoane și exacerbarea tendințelor și trebuințelor (în special a celor sexuale). Euforicului totul i se pare posibil, percepe doar paleta hipercromă a existenței, unghiul deschis realității oferindu-i doar viziunea roză, animată, veselă, plăcută.

Stările euforice de mică amplitudine pot fi expresia psihică a unor succese, a antrenării într-o ambianță animată, veselă. Evantaiul euforiei ca expresie de esență psihopatologică, deși ceva mai restrîns decît al depresiei, poate fi întîlnit sub formă frustă, în intoxicațiile ușoare (alcool, cafea, morfină, cocaină, benzină etc.), în stările nevrotice prin suprasolicitare, în stările subfebrile. În forma ei autentică, euforia se întîlnește în fazele maniacale ale psihozei maniaco-depresive, cu aspecte

particulare de intensitate și productivitate, euforia este prezentă în sindroamele maniacale întîlnite în forma expansivă a paraliziei generale progresive, în boala hipertonică și arterioscleroza cerebrală, în stările demențiale senile, vasculare, traumatice și în oligofrenii.

Euforia autentică trebuie deosebită de euforia necontagioasă puerilă, de multe ori nătîngă, din hebefrenie, de rîsul spasmodic al pseudobulbarilor, și mai ales de *moria*, sindrom observat în unele leziuni cerebrale, în special ale lobului frontal, caracterizat prin jovialitate expansivă, familiarități, calambururi, puerilism și, în general, expansivitate săracă, ușor epuizabilă.

Spre deosebire de depresie, care este în general persistentă și are o evoluție în platou, euforia nu descrie o curbă liniștită, prezentînd mai frecvent (pe fundalul bunei dispoziții) — mici variații de amplitudine. Aceste oscilații trebuie distinse însă de *labilitatea afectivă* (versatilitatea timică) ale cărei variații se întind între polul pozitiv și cel negativ ; este vorba de o alternanță a dispoziției între euforie și depresie sau chiar mînie. Astfel de stări se întîlnesc în manie (unde tristețea are un caracter superficial și efemer), în oligofrenii și în unele psihopatii, unde modularea afectivă este univocă stării afective a celor din jur (poikilotimie). Aspectul poikilotim se întîlnește și în ciclotimie, isterie, paralizie generală progresivă, demențe, hipertiroidie etc.

Forma extremă a labilității afective poartă denumirea de *incontinență afectivă* și se caracterizează prin trecerea rapidă sau incoercibilă de la o stare emoțională la opusul ei. Acest tip de tulburare o întîlnim în special în fazele avansate ale arteriosclerozei cerebrale.

Una din formele mixte ale tulburărilor de afectivitate cunoscută în literatura de specialitate sub denumirea de „disforie" se caracterizează printr-o dispoziție depresivă, anxioasă, de rău general, de disconfort somatic, de neliniște care asociază logoreea, excitabilitatea crescută, impulsivitatea și în general un aspect comportamental coleros. Această stare mixtă o întîlnim în perioadele intercritice ale epilepticilor, la alcoolicii cronici, în unele encefalopatii posttraumatice, postencefalitice, în perioadele de abstinență ale toxicomanilor.

Psihopatologia poate distinge și unele modificări predominant calitative ale stărilor afective, pe care le denumim *paratimii*. Ele se caracterizează prin reacții afective aberante și inadecvate, uneori paradoxale față de motive, situații sau evenimente ; de exemplu, o situație afectiv-negativă întîmpinată cu veselie și invers. În locul unui exemplu clinic, poate fi citat unul din literatură, deosebit de elocvent :

. . . . . .

„I-a fulgerat de-odată-n gînd
Să rîdă, căci vedea plîngînd
O lume-ntreagă-n rugăciuni.
În fața unei gropi s-aduni
Atîta lume de nebuni !
Să mori rîzînd !"

. . . . . .

G. Coșbuc

Paratimiile pot fi deci întîlnite și la persoane care trec prin momente intens psihotraumatizante sau în stările reactive ; ele îmbracă însă o formă mult mai stabilă și intensă în schizofrenie.

În cadrul răspunsurilor afective aberante, poate fi încadrată *inversiunea afectivă*, care constă în reacția afectivă — univoc negativă —, în sensul că bolnavul dezvoltă o stare de ostilitate față de persoanele pe care înainte de îmbolnăvire le-a iubit, sau pe care, în mod firesc ar trebui să le iubească (părinți, frați, copii) ; se întîlnește în special în schizofrenie, parafrenie, în delirul de gelozie și mai rar în paranoia.

Tot în schizofrenie, coexistă uneori într-o aparentă concomitență, stări afective opuse calitativ (dragoste-ură, atracție-repulsie) față de aceeași persoană sau situație, fenomen ce poartă numele de *ambivalență afectivă*. Ea se întîlnește în special în schizofrenie și uneori la vîrsta înaintată, odată cu scăderea libidoului.

MECANISME PSIHOFIZIOLOGICE ALE PROCESELOR AFECTIVE

Studiul psihopatologiei proceselor afective este greu de imaginat astăzi, fără aportul teoriei motivaționale cu care are strînse corelații. Într-adevăr, „conduita emotivă nu se întîlnește decît atunci cînd motivația a devenit foarte puternică" (J. Nuttin și colab., 1963). Probabil nu întîmplător motivația, ca și emoția, au posibilitatea de a pune în mișcare persoana, atît în situații normale, cît și patologice.

Într-o accepțiune de maximă generalitate, motivația include toți factorii care provoacă și direcționează actele de comportament. La rîndul său, comportamentul constă din formele observabile (în exterior) al activității (intime) organismului. Motivația se manifestă deci pe plan clinic prin comportament (pe care-l orientează, și-l direcționează), care ne apare astfel ca un ansamblu integrativ al actelor efectorii ale persoanei.

Stricto sensu, motivația constă în ansamblul mobilurilor interne pe deplin sau insuficient conștientizate, de natură ereditară sau de achiziție ontogenetică. În extrema lor varietate, aceste mobiluri interne pot include atît trebuințe biologice (foame, sete, atracție sexuală), cît și trebuințe etico-morale, culturale sau idealuri abstracte cu determinism istorico-social. Vedem deci, că motivația reprezintă un continuum care pornește de la biologic și este încoronată în social cu conștiința actelor proprii, cu capacitatea de a distinge între ceea ce este permis sau nu este permis, între ceea ce este proporționat sau disproporționat situației și posibilităților individuale.

Dacă pentru stările afective incluse în aria normalului este necesar un optimum motivațional, atunci cînd activarea motivațională sporește, eficiența ei scade prin dezorganizarea conduitei și a controlului voluntar. Deci, performanța este condiționată de forța motivațională, care poate crește pînă la un anumit punct, după care orice accentuare motivațională duce nu numai la scăderea performanței, dar chiar la prăbușirea ei.

Degradarea performanței în apariția unor reacții emotive și anxioase puternice, se întîlnește nu numai prin creșterea disproporționată a moti-

vației, ci și în situații complicate și cu semnificații subtile, care impun o mai mare exigență și suplețe adaptativă.

Dintre toate procesele psihice, mai ales cele afective, și în primul rînd stările afective elementare, sînt legate într-o bună măsură de anumite regiuni și structuri neuronale. Astfel, diferite experiențe de neurofiziologie executate pe animale, au evidențiat în special la baza creierului anumite zone prin a căror excitare se declanșau răspunsuri afective. În acest fel, s-a constatat că stimularea substanței cenușii periventriculare (R. W. Hess, 1928) determină un comportament agresiv, acompaniat de o intensă participare simpatică.

Stimularea hipotalamusului (J. H. Masserman, 1941) la animale, determină răspunsuri pseudoafective cunoscute în neurofiziologie sub denumirea de „furie falsă" *(sham rage)*. Cum arată însă A. Kreindler (1967) „furia falsă nu poate fi condiționată, fiind considerată ca o manifestare motorie inconștientă, lipsită de proprietățile motivatoare ale emoției adevărate".

Brady și Nauta (1953), prin lezarea ariei septale la șobolanii de laborator, constată că aceștia din docili și liniștiți, adoptă un comportament agresiv și reacționează disproporționat la stimuli. Autorii trag concluzia că aceste regiuni ar avea rol în procesele emotive prin mărirea iritabilității și reactivității emoționale. În alte cercetări, autorii au căutat să evidențieze principalele zone cerebrale implicate în reacțiile de frică și furie, precum și ale reacțiilor de plăcere și au constatat că printre acestea trebuie menționate în primul rînd nucleul amigdalian și cortexul temporal.

Observațiile lor au fost completate în 1960 de Ursin, care a arătat că diferite structuri nervoase pot condiționa reacții afective diferite. Astfel, autorul arată că frica este produsă în special prin stimularea cortexului temporal și a unei părți a nucleului amigdalian, pe cînd furia poate fi produsă numai de stimularea parțială a nucleului amigdalian. B. P. Kaada (1960) consideră că această regiune are un rol foarte important în inhibiția răspunsurilor comportamentale, iar răspunsurile disproporționate, obținute prin leziunile ei, se datoresc tulburării procesului inhibitor.

Încă din 1937 Klüver și Bucy (1937) constată că ablația cortexului temporal, asociată cu leziuni ale cortexului frontal, nucleului amigdalian și hipocampului, reduc agresivitatea animalului, conferindu-i un comportament docil și blînd, lipsit de frică și furie. Mai tîrziu Bard și Montcastle (1948) au confirmat întrucîtva experiențele de mai sus, arătînd că ablația bilaterală a lobului temporal și a complexului amigdalian, determină scăderea pragului reacției afective. Astfel, maimuțele, care au o frică instinctivă de șerpi, după operația amintită, nu mai prezintă nici un fel de comportament afectiv-negativ, la apariția șerpilor.

Constatînd că regiuni relativ vaste din creier sînt responsabile de comportamentul afectiv, J. W. Papez (1937) a inclus în așa-numitele „circuite afective", care-i poartă numele, hipotalamusul, nucleii anteriori ai talamusului, girus cinguli, hipocampul și interconexiunile lor.

Observaţiile făcute în timpul operaţiilor neurochirurgicale au venit să confirme, de pe plan clinic, constatările neurofiziologiei experimentale. Astfel, Penfield şi Rassmussen (1950), Thomson şi Alvarez (1962) au constatat o stare de anxietate după crizele de epilepsie temporală, anxietate care se transformă în depresie şi se menţinea timp îndelungat.

Mai recent, Şcoala psihiatrică de la Tîrgu-Mureş a evidenţiat focare bioelectrice temporale la pacienţii cu stări depresive, fără antecedente epileptice evidenţiabile. Important de menţionat că extensiunea în timp a acestor stări depresive era mult mai mare în cazul existenţei unor focare bioelectrice, bilaterale, iar rezultatele terapeutice erau intens influenţate pozitiv de preparate anticonvulsivante nesoporifice.

Eforturile cercetătorilor din ultima vreme s-au axat asupra disjuncţiei dintre comportamentul emoţional (caracterizat printr-o fenomenologie vegetativă, humorală, motorie etc.) şi trăirea subiectivă care acompaniază reacţia emoţională a animalelor. În acest scop s-au făcut observaţii psihologice asupra elementelor din ambianţă şi s-au studiat reacţiile indivizilor în grup. Astfel, s-a constatat că agresivitatea animalelor cu leziuni temporo-amigdaliene este mai mare în condiţiile izolării acestora, decît în condiţiile în care ele sînt libere sau în grup.

T. Ikeda (1961) constată că prin stimularea nucleului amigdalian se obţine un comportament coordonat, motivat şi condiţionabil, în strînsă relaţie cu elementele situaţionale ale mediului ambiant. De asemenea, reacţiile de frică sau de furie produse prin stimularea nucleului amigdalian au putut fi folosite ca un element condiţionat inhibitor care-l face pe animal să refuze hrana, deşi este flămînd.

În acelaşi mod pot fi explicate *„epilepsiile hedonice“* observate mai ales la copii şi adolescenţi, care au descoperit întîmplător că lumina intensă le declanşează crize de „petit mal“, în care tulburarea de conştienţă este însoţită de o stare euforică şi excitaţie sexuală. În mod voluntar, aceştia caută surse strălucitoare de lumină, privesc în soare printre degetele în mişcare (realizînd o veritabilă stimulare luminoasă intermitentă), în tendinţa de a-şi provoca criza şi odată cu aceasta plăcerea sexuală (A. Emret şi K. E. Schneider, 1961).

Psihofiziologia proceselor afective şi-a îmbogăţit conţinutul prin experienţele de autostimulare cerebrală şi observaţia comportamentului motivat al animalelor. După cum s-a putut constata în experimentele de mai sus, prin excitarea anumitor zone cerebrale, se obţin stări afectiv-negative de furie şi agresivitate, în timp ce prin excitarea altor zone, se obţin stări afectiv-pozitive de liniştire, mulţumire şi plăcere ; astfel au fost descrise sistemele *motivaţiei pozitive* şi *negative* la animale.

S-a constatat că excitaţia electrică a anumitor regiuni ale creierului, poate avea pentru animal o anumită semnificaţie motivaţională. J. Olds (1957) în experienţe pe cobai, a constatat tendinţa la repetare a excitaţiei regiunii comisurii anterioare, unde erau implantaţi microelectrozii. Astfel animalul, trecînd printr-o anumită regiune (încărcată electric) a cuştii şi închizînd circuitul, „îşi producea“ o excitaţie plăcută ; după numai cîteva repetări, animalul se întorcea cu insistenţă în acel colţ, de unde venea excitaţia dorită.

Ulterior, într-o variantă experimentală, a fost folosită cutia Skiner, în care era o pîrghie încărcată electric. Apăsînd pe pîrghie, șobolanul (cu electrozii implantați cronic), avea posibilitatea autostimulării „voluntare". S-a constatat astfel că în creierul șobolanului sînt regiuni relativ vaste, care aparțin sistemului numit „de recompensă".

Inițial s-a crezut că tendința spre auto-excitare se produce prin implantarea electrozilor în orice punct al creierului. Ulterior, prin deplasarea electrozilor în diferite regiuni ale creierului, s-au descris veritabile hărți care cuprindeau zonele *„recompensei"*. Aceste zone ocupă în special nucleul amigdalian, ariile preoptice, hipotalamusul anterior și ventro-medial etc.

La om s-a constatat că „excitarea regiunii scizurii sylviene este însoțită de excitație, logoree și bună dispoziție". De asemenea, „excitarea zonelor parietale provoacă satisfacție, rîs și glumă" (Gellhorn și Loofbourrow, 1963).

Literatura de specialitate mai descrie „zone ale satisfacției" în legătură cu sistemul limbic, prin excitarea cărora se obțin senzații plăcute, de liniștire, ușurare, bucurie etc.

Există o strînsă legătură între intensitatea excitantului și frecvența repetării, în sensul că atunci cînd scade intensitatea excitantului, animalul dorește să-și mențină nivelul autostimulării prin creșterea frecvenței repetării excitației. Aceasta se explică prin faptul că, odată cu creșterea intensității excitantului, se realizează atragerea unui grup mai mare de neuroni în procesul autostimulator.

De menționat că excitația electrică a „sistemului recompensei" determină o activare motivațională mult mai intensă și mai expresivă decît excitarea naturală. Astfel, Kling și Matsumyia (1962), stabilind o competiție între stimularea electrică pozitivă și o recompensă oarecare, constată că stimularea intracerebrală are un efect de întărire mai mare decît recompensa obținută prin stimulul condițional. De exemplu, în timpul autostimulării, șobolanul se supune unei excitații electrice dureroase mult mai mari decît șobolanul flămînd, în tendința sa spre hrană (Spiess, 1965).

Alături de „zonele recompensei", există „zone ale pedepsei" a căror excitare determină o stare afectiv-negativă și un comportament de înlăturare a acestei excitații. Astfel, Delgado și Hamlin (1960), constată că excitarea unor puncte ale hipotalamusului, nucleului postero-ventral al talamusului, substanței cenușii centrale, determină manifestări emoționale percepute ca „pedeapsă". De asemenea, excitația electrică sau chimică a sistemului limbic, determină reacții de mînie, apărare, groază.

Deși experiențele de autostimulare sînt edificatoare în ilustrarea ideii comportamentului afectiv motivat, cercetătorii respectivi în spiritul sobrietății și probității științifice se abțin de la generalizări și transpoziții ale concluziilor asupra experimentelor pe animale, în psihopatologia clinică.

De altfel, este necesar să precizăm că motivația biologică și mecanismele subcorticale au un rol preponderent în apariția afectelor primare și a emoțiilor situative caracteristice copilului de vîrstă antepre-

școlară. De la această vîrstă însă, pe măsură ce crește sensul moral afectiv al conduitei generale și se dezvoltă sentimentele și trăirile afective, legate de relațiile și aprecierea socială a acțiunilor, componenta corticală a emoțiilor și determinismul social al motivației comportamentului emoțional devin dominante. De acest aspect se leagă apariția posibilității de a inhiba și modela concordant expresiile mimice, ca și participarea evidentă a activității conștiente a gîndirii și voinței în stările emoționale superioare, cum sînt sentimentele și pasiunile.

PSIHOPATOLOGIA MANIFESTĂRILOR INSTINCTIVE

Strîns legate de viața afectivă, forme din cele mai primitive și înnăscute ale trebuințelor biologice, comune omului și animalelor, instinctele reprezintă complexul de însușiri moștenite ereditar, care reflectă dezvoltarea speciei respective. În sens pavlovist, instinctul este complexul de reflexe necondiționate transmise ereditar de-a lungul evoluției unei specii. Acest complex, reflex necondiționat, realizează relațiile animalelor cu mediul ambiant, desfășurarea lor fiind dominată de motivația biologică.

La om, instinctele sînt puse de acord cu convenințele sociale și ca atare sînt înglobate în structura personalității ca elemente stimulatorii ale comportamentului uman interesat în păstrarea integrității persoanei și în perpetuarea speciei.

În psihopatologie, tulburările instinctelor apar ca elemente patologice ale personalității, intensitatea și durata lor fiind condiționată fie de leziuni organice cerebrale, fie de procese morbide de intensitate psihotică sau de dezvoltări dizarmonice ale personalității.

Tulburarea *instinctului alimentar* în sensul exagerării nevoii de hrană poartă denumirea de *bulimie* și se descrie în leziuni organice cerebrale, în tumori diencefalice, pancreatice, în diabet, în hipertiroidie, în timpul convalescenței unor boli care realizează o stare marcată de denutriție. *Polifagia* exprimă tendința ingerării fără discernămînt de alimente sau produse necomestibile și se întîlnește în stări demențiale (demență paralitică, senilă, arteriosclerotică etc.), în oligofrenii și în unele forme și stadii de evoluție ale schizofreniei, în stările de modificare a lucidității conștiinței, iar sub o formă mai estompată poate fi întîlnită chiar în psihopatii severe, ca expresie a pervertirii instictului alimentar.

Opusul bulimiei este *anorexia* (scăderea sau lipsa totală a poftei de mîncare) întîlnită în forma sa cea mai evidentă în depresiile profunde. De cele mai multe ori însă *anorexia nervoasă* se întîlnește în stările nevrotice și psihopatice la adolescenți (în special la fete), în stările psihice reactive (depresii reactive, șocuri emoționale). *Sitiofobia* sau refuzul de alimente nu reprezintă doar expresia scăderii sau pierderii poftei de mîncare, ci are în special o motivație psihopatologică legată de conținutul halucinațiilor auditive, gustative sau olfactive, de existența unor idei delirante de otrăvire, de inutilitate, de autoacuzare, de negație, așa cum se întîmplă în stările depresive, în schizofrenie.

Tulburările *instinctului de apărare* sînt fie expresia exagerării nevoii de autoconservare (în cazul *fricii de moarte, de boală,* din *stările hipocondriace*), fie expresia scăderii sau abolirii instinctului de apărare manifestat pe plan clinic prin indiferența totală față de pericole, tendințe la automutilare, idei și tentative suicidare. În stările confuzive, în demențe și oligofrenie, tulburările instinctului de apărare se însoțesc de marcate deteriorări ale instinctului de orientare.

Tulburările în sfera *nevoilor sexuale și de reproducere* apar fie sub forma exagerării instinctului sexual, comportamentul căpătînd o notă erotică disproporționată, patologică *(nimfomanie* la femei și *satiriazis* la bărbați), fie sub forma scăderii sau abolirii acestui instinct. Diverse forme și nuanțe ale exacerbării instinctului sexual întîlnim în stările de excitație maniacală, în stările demențiale și oligofrenii, în leziunile cerebrale ale lobului temporal și hipocampului. Scăderea instinctului sexual, fără modificări esențiale ale libidoului, întîlnim în stările de epuizare și în nevroze alcătuind așa-zisele *impotențe sexuale psihice.* Scăderea libidoului în afara perioadelor de senescență o întîlnim în toxicomanii, în stările depresive, în schizofrenie.

Tulburările modului de satisfacere a trebuințelor sexuale sînt cunoscute sub termenul generic de *perversiuni sexuale.* Ele vor fi expuse mai pe larg la capitolul psihopatiilor, cadrul nosologic în care apar mai frecvent. Printre cele mai obișnuite perversiuni, *masturbația* sau *onania* (autosatisfacerea erotică), se întîlnește în condiții speciale, episodic, și la oamenii normali, la tineri în special. Sub forma unor perversiuni net patologice apare *exhibiționismul* (expunerea organelor genitale în public), *fetișismul* (satisfacerea sexuală în prezența unor obiecte aparținînd sexului opus), *mazochismul* (plăcerea de a i se produce de către partener suferințe fizice sau morale înaintea sau în timpul desfășurării actului sexual). Opus mazochismului este *sadismul* (satisfacere sexuală în măsura în care produce suferințe morale sau fizice partenerului), *bestialitatea* sau *sodomania* (raporturi sexuale cu animale, păsări), *necrofilia* (raporturi sexuale pe cadavre), *gerontofilia* (raporturi sexuale cu persoane în vîrstă), *pedofilia* (raporturi sexuale cu copii), *pigmalionismul* (satisfacția sexuală sau masturbare în fața statuilor) și în sfîrșit *homosexualitatea* (atracția și realizarea raporturilor sexuale în cadrul aceluiași sex) cunoscută sub denumirea de *lesbianism* la femei și *pederastie* la bărbați.

La baza perversiunilor sexuale se pot întîlni greșeli de educație sau condiționări negative ; uneori ele sînt rezultatul unor insuficiențe endocrine, dar mai ales apar ca elemente în cadrul proceselor demențiale, de nedezvoltare a intelectului și personalității (oligofrenii) sau ca rezultat al disocierii psihicului așa cum se întîmplă în schizofrenie.

C. SEMIOLOGIA PROCESELOR VOLIȚIONALE

Voința este latura reglatorie a conștiinței, la baza căreia stă intenția și decizia subiectului ; ea reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conștient pentru a căror realizare trebuie depășite anumite obstacole interne sau externe, care apar în calea îndeplinirii acțiunilor.

În desfășurarea unui act voluntar pot fi urmărite mai multe faze, printre care amintim :

a) *Formularea scopului.* La acțiunea unui anumit stimul, are loc activizarea unei trebuințe, în legătură cu care se declanșează o tendință ; sub raport afectiv, această tendință este trăită ca o dorință, care, în planul conștiinței devine motiv. Poziția subiectului nu este definită numai de un singur scop, ci de un sistem de scopuri care trebuie ierarhizate într-o succesiune de scopuri cu valoare parțială ; prin ele, se planifică și se organizează strategic și tactic condițiile în vederea realizării motivului.

b) *Lupta motivelor.* Odată apărut, motivul nu are un destin ușor ; în drumul său spre realizare, el este confruntat cu alte motive potențiale sau active. Cînd scopul este unic, sau cînd scopurile au o ierarhizare unitară (ceea ce constituie un deziderat), această luptă a motivelor poate fi tranșată spontan. În situații mai complicate sau de o mai discretă evidență, lupta motivelor (generatoare de intense frămîntări pentru ins), constituie arena de pe care se vor contura direcțiile ulterioare ale voinței, în funcție de scopul și motivul dominant.

c) *Adoptarea hotărîrii.* Hotărîrea nu constă numai în sancționarea scopului, ci și în pregătirea căilor de realizare a lui. Marcînd debutul efortului volițional, hotărîrea are deci un dublu aspect și anume definirea scopului și pregătirea acțiunii.

d) *Execuția (îndeplinirea) acțiunii.* Trecerea la acțiune implică efortul volițional ; probabil în această etapă predomină aspectul cantitativ al procesului volițional, întrucît capacitatea de efort răspunde interogației „cît poți ?“. Această capacitate, departe de a fi înnăscută, nici nu se dobîndește spontan sau rapid. Asemenea capacității de efort fizic, capacitatea de efort volițional se formează în decursul existenței pe baza motivației și exercițiului îndelungat în procesul învingerii greutăților ; ea este determinată de condițiile activității depuse în întreaga dezvoltare anterioară. În raport cu dificultatea obstacolului, efortul volițional se va desfășura într-o amplitudine mai mare sau mai redusă ; de aceea putem afirma că — în condiții normale — efortul voluntar se mulează obstacolului, că efortul voluntar reflectă caracterul obstacolului. Dacă intensitatea efortului este în raport cu rezistența sau dificultatea obstacolului, calitatea efortului voluntar va fi dependentă de superioritatea motivației ; într-adevăr, un scop înalt naște o energie mare.

Înțelegînd prin voință funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau de la un raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, în vederea realizării unui anumit scop, admitem că voința caracterizează forma de activitate socială determinată a comportamentului uman, ea fiind produsul orientării conștiente a activității individului. În comportamentul voluntar este cuprinsă manifestarea calitativă specifică fiecărui subiect, manifestare strîns legată de procesele conștiente. Forța volițională este stimulată de viața afectivă, de conținutul emoțional al psihicului uman. De aceea atît actele voliționale normale, cît și aspectele psihopatologice ale voinței sînt în relație

strînsă cu afectivitatea, deoarece la baza oricărui efort voliţional există o încărcătură afectivă pozitivă sau negativă, care-i constituie suportul dinamico-energetic. În plus, atît la baza actelor voliţionale, cît şi a celor emoţionale se află tensiunea motivaţională.

În îndeplinirea oricărei acţiuni, considerăm că este vorba de participarea unei voinţe active, care stă la baza perseverenţei, tenacităţii şi îndeplinirii izbutite a unei activităţi, depăşirii unui obstacol ; ea are un rol mobilizator de susţinere a efortului voliţional, fapt pentru care o putem denumi *voinţă de suport.*

În afara acestei *voinţe active* (asupra căreia insistă psihologia) există încă un tip de voinţă desprinsă de act, aparent pasivă, cu caracter inhibitor, responsabilă de stăpînirea de sine, care determină reţinerea în anumite situaţii, care frînează reacţia imediată, nechibzuită sau impulsivă. Efortul voliţional al acestei *voinţe inhibitorii,* este îndreptat spre oprirea unor tendinţe impulsive, unor acţiuni cu consecinţe reprobabile şi spre frînarea unor pulsiuni indezirabile ; acest tip de voinţă stă la baza conduitei amînării.

O puternică voinţă inhibitorie, stînd la baza reţinerii pulsiunilor instinctivo-afective, constituie expresia unei înalte conştientizări şi edifică o personalitate bine conturată.

Tulburările de voinţă. În ordinea dezvoltării simptomelor, se pare că *disbuliile* (termen pe care-l propunem pentru a desemna o tulburare voliţională nespecifică) nu au un caracter primar, ele fiind consecutive unei insuficiente motivaţii, unei motivaţii aberante, unor tulburări cognitive sau unor hipotimii şi atimii.

Pe plan clinic, tulburările voinţei pot îmbrăca un aspect predominant cantitativ *(hiperbulie, hipobulie, abulie)* sau predominant calitativ *(parabulia* şi *disabulia).*

Hiperbulia constă în exagerarea forţei voliţionale ; se întîlneşte în situaţii normale la oamenii caracterizaţi prin fermitate, dîrzenie, tenacitate, fiind atît de natură constituţională (temperamentală), cît şi de achiziţie social-istorică.

Sub unghi patologic, *hiperbulia* se întîlneşte relativ rar, întrucît boala somatică şi mai ales psihică dezorganizează suportul ei motivaţional.

Astfel, în stările *obsesivo-fobice* întîlnim mai ales un efort voliţional (fără realizarea unei hiperbulii propriu-zise), viaţa acestor oameni decurgînd după norme rigide autoimpuse şi într-un continuu efort voliţional de eliberare de sub invazia ideilor, tendinţelor sau acţiunilor obsesive.

În toxicomanii se întîlneşte o marcată hiperbulie, ce are însă un caracter *unidirecţional* şi *electiv,* îndreptată spre procurarea toxicului, hiperbulie care evoluează pe un fond general hipobulic.

Paranoia constituie exemplul clinic care ilustrează prin excelenţă *hiperbulia selectivă* şi *unilaterală,* bolnavii respectivi evidenţiind un efort voliţional impresionant (deşi aberant motivat), în îndeplinirea planurilor şi ideilor delirante. Uneori potenţialul instinctivo-afectiv al acestor bolnavi este total aservit forţei voliţionale, care în amplitudinea sa

impresionantă sacrifică chiar spiritul de conservare în vederea înfăptuirii ideii delirante.

Hipobulia, departe de a fi o ezitare sau indecizie în fața a două soluții contrare, semnifică scăderea forței voliționale pînă la dispariția ei (abulie).

Deși conștiința poate fi intactă, iar fluxul ideativ normal și cu un conținut ideativ rezonabil, *hipobulia* se traduce pe plan comportamental prin *scăderea capacității de a acționa.*

În insuficiența volițională, îndeplinirea unei acțiuni ușoare reprezintă pentru hipobulic un efort insurmontabil. De cele mai multe ori, hipobulicul avînd o suficientă claritate a conștiinței, știe sau în orice caz crede că știe ceea ce trebuie să facă, dar nu poate acționa.

În aprecierea unei hipobulii, trebuie analizat aspectul anodin, obișnuit, al acțiunii și activității (care poate fi totuși îndeplinită, datorită caracterului ei automatizat) de actele și acțiunile noi, inedite, care nu pot fi îndeplinite, întrucît aici este implicat în plus efortul inițiativei și al orientării adecvate.

În afara exemplelor citate la hiperbulie, se poate afirma că hipobulia este comună întregii patologii. Ea este determinată nu numai de boala ca atare, de suferința somatică (atunci cînd există), ci și de focalizarea atenției bolnavului asupra simptomelor somatice sau psihice, ca și asupra ideii de boală în general.

În stările nevrotice, astenia, irascibilitatea, anxietatea, acompaniamentul acuzelor somatice, împiedică bolnavul în menținerea efortului volițional în vederea îndeplinirii acțiunii.

La psihopați termenul de insuficiență volițională (cauză și probabil efect al instabilității lor), pare mai adecvat decît cel de hipobulie, întrucît acești inși nu au evidențiat niciodată o forță de susținere a acțiunilor întreprinse, fapt care pune problema unui defect volițional de dezvoltare.

La toxicomani, hipobulia se manifestă în toate sectoarele activității lor, constituind în același timp obstacolul major în calea tratamentului întreprins și probabil cauza frecventelor recăderi ale acestor bolnavi.

În traumatismele cranio-cerebrale, hipobulia este incriminată ca făcînd parte din cortegiul sindromului lor subiectiv comun (cerebrastenia și encefalopatia posttraumatică).

În stările maniacale și hipomaniacale, hipobulia este probabil consecința instabilității acestor bolnavi și a agitației psihomotorii.

În stările de insuficientă dezvoltare cognitivă (oligofrenii), ca și în cele de deteriorare cognitivă (demențe), hipobulia se înscrie în cadrul nedezvoltării și respectiv deteriorării psihice globale.

Abulia, exprimă lipsa de inițiativă și incapacitatea de a acționa. Deși conceptul este relativ frecvent folosit în psihopatologie, abulia semnifică de cele mai multe ori o hipobulie accentuată, întîlnindu-se relativ rar în adevărata ei accepțiune, de imposibilitate a oricărui efort volițional.

În forma ei clasică, abulia se întîlnește în catatonie, în care bolnavul, asemenea unei statui, nu întreprinde nici o acțiune, nu execută

nici un act, nu face nici un gest, fiind abolite chiar mișcările mimice și pantomimice.

În depresiile profunde, de natură predominant endogenă, bolnavul este de asemenea lipsit de orice inițiativă, glisat în lumea ideilor univoc depresive. În această perioadă, cufundat în abisul depresiei sale, bolnavul este atît de lipsit de inițiativă, încît nu poate trece la materializarea actului final și fatal — suicidul, deși acesta îl preocupă permanent. Astfel, abulia realizează, la un moment dat, o profilaxie a suicidului, fapt psihopatologic cu implicații practice de mare importanță pentru psihiatru, mai ales că tratamentul cu timo-analeptice înlătură de cele mai multe ori abulia, fără să aibă o eficacitate simultană pentru depresie, asupra căreia acționează mai discret și mai tardiv. Ridicînd apăsarea abulică, dar neizbutind să risipească concomitent și depresia, în cursul tratamentului bolnavii recurg deseori la suicid, după ce au traversat momentul maxim al episodului depresiv. Aceiași bolnavi recurg frecvent la suicid și la începutul depresiei, atunci cînd abulia nu este complet instalată.

Modificări predominant calitative ale voinței. Disabulia este o formă particulară de abulie (în fond o hipobulie), caracterizată prin dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfîrși o acțiune începută, stare acompaniată de oarecare perplexitate și de o notă afectiv negativă, legată de faptul că nu poate iniția sau finaliza acțiunea respectivă. Apare în neurastenie și în debutul schizofreniei.

Parabulia constă într-o insuficiență volițională, acompaniată sau chiar determinată de anumite dorințe, pulsiuni sau acte paralele, parazite. De exemplu, în nevrozele motorii (nevroze mixte, așa cum le denumim noi), insuficiența volițională este însoțită de ticuri, spasme și alte manifestări motorii ; parabulia poate fi întîlnită de asemenea în schizofrenie.

Impulsivitatea. O insuficiență a voinței pasive, inhibitorii, are ca rezultat lipsa de frînă și comportamentul impulsiv, determinat de dezechilibrul dintre tendința impulsivă și controlul voluntar. Acest dezechilibru se manifestă pe plan comportamental prin acte impulsive, intempestive, inadaptate, de cele mai multe ori cu caracter antisocial, reprobabil și dramatic.

Spontane sau reflexe, actele impulsive se desfășoară pe un fond limitat al cîmpului conștiinței, fapt ce le determină caracterul intempestiv și uneori imprevizibil.

Pot apare în afara unei condiții psihopatologice, la oameni cu un temperament coleric, în situații conflictuale care determină scurtcircuite exteriorizate clinic în acte impulsive.

Impulsivitatea este caracteristică stărilor psihopatice, întîlnindu-se în primul rînd la psihopații *excitabili impulsivi.*

Se cunoaște de asemenea *impulsivitatea nevroticilor*, în special a celor anxioși, care izbucnesc în momentele de maximă tensiune afectivă.

Raptusurile anxioase sînt relativ frecvente în psihoze, în stări delirante și pasionale, cînd pot antrena acte de atac sau apărare. În stările maniacale, pe fondul unei bune dispoziții și exuberanțe, la incitații

repetate și fără protecție neuroleptică, bolnavii pot izbucni într-o stare de furie nestăvilită, în care sparg, lovesc și chiar ucid. Izbucnirea, revărsarea în *„manie coleroasă“*, demonstrează transformarea calitativă a unei stări afectiv-pozitive (ajunsă la maxima ei tensiune) într-o stare afectiv-negativă.

O situație oarecum asemănătoare, poate fi întîlnită în *„raptusul melancolic“*, în care bolnavul, pînă atunci alunecat în *catatimie negativă*, inhibat și cufundat în starea sa depresivă, fără un motiv aparent, sau la o incitație minoră din mediu, are o izbucnire de mare acuitate clinică, în care, automutilarea sau suicidul reprezintă un pericol iminent.

În raptusurile schizofrenilor, la care este vorba de o disociere, de o scindare a unității psihice, precum și de o estompare afectivă, actele suicidare apar ca nemotivate, bizare, incomprehensibile, dar de o mai mică amplitudine, datorită insuficientei susțineri dinamico-energetice prin tocirea afectivă.

În schimb, în epilepsie, aceste impulsiuni ating intensitatea maximă a dramatismului lor — ca o aparentă supracompensare a lentorii și vîscozității lor temperamentale. Caracterul lor — pe cît de imprevizibil, pe atît de incomprehensibil — se datorește faptului că îngustarea cîmpului conștiinței de tip crepuscular reduce unghiul relației cu ambianța la interpretarea halucinator-delirantă, iar actele impulsive declanșate de ea sînt avantajate de păstrarea coherenței automatismelor motorii. Perioada de criză, determinînd amnezia lacunară specifică, pune pacientul în fața unui dezastru în care nu-și recunoaște contribuția și ca atare consternarea nu atrage după sine scuzele și remușcările caracteristice actelor impulsive psihopatice sau nevrotice.

Mecanisme neurofiziologice ale acțiunilor voluntare. Se vorbește despre un caracter specific al acestor mecanisme, întrucît odată cu efectuarea mișcărilor voluntare se reproduce și stimulul condiționat, sau semnalul declanșant al mișcării, care este urmată apoi de întărirea prin aferentație inversă (feed back). De exemplu, în experiențele de autostimulare (discutate în capitolul neurofiziologiei afectivității) se poate constata că executarea unei mișcări exercită în același timp rolul de semnal, realizîndu-se concomitent autoîntărirea ei. Deci caracterul specific al acțiunilor voluntare constă în aceea că subiectul își aplică el însuși stimulul condiționat, asigurînd ulterior autoîntărirea lui. Fenomenul feedback-ului constituie condiția *sine qua non* a autoreglării activității, care în adevărata ei accepțiune de activitate voluntară, este specifică doar omului.

Conduita realizată pe baza legăturilor inverse, pe lîngă caracterul ei activ, îndeplinește un rol operant, fiind dependentă de efect.

B. F. Skinner (1953) opune formele de „conduite operante“ celor „reactive“, considerînd că primele sînt doar declanșate de stimul, fiind determinate și întreținute în desfășurarea lor ulterioară de efectul pozitiv pe care-l produc, pe cînd conduitele reactive ar fi atît declanșate, cît și determinate de stimul. Skinner consideră că formele operante de conduită ar sta la baza acțiunilor voluntare în timp ce formele reactive ale conduitei ar fi responsabile de acțiunile involuntare.

Considerăm că atît mecanismul mişcărilor voluntare, cît şi al celor involuntare se supune legilor generale ale activităţii reflex condiţionate şi că efectul realizat are în mod real un rol de întărire a legăturilor condiţionate.

După cum se poate uşor deduce, nu se cunosc mecanismele intime ale tulburărilor voliţionale şi explicaţia acestei mari rămîneri în urmă a cercetării în domeniul psihopatologiei voinţei rezidă probabil în faptul că voinţa, ca şi gîndirea, sînt procese psihice care depăşesc cu mult nivelul explicaţiei biologice, în structura lor intervenind pe o suprafaţă întinsă şi în mod hotărîtor determinismul social. Chiar aşa fiind, experienţa clinică demonstrează că atrofiile de lob frontal se asociază pe plan clinic cu scăderea iniţiativei şi capacităţii de voinţă, iar leziunile zonelor inferioare ale regiunii orbitare ale aceluiaşi lob, ca şi leziunile bilaterale ale hipocampului scad capacitatea de inhibiţie şi dau nota comportamentului impulsiv, agresiv.

SEMIOLOGIA ACTIVITĂŢII (PSIHOPATOLOGIA CONDUITEI MOTORII)

Omul, în evoluţia sa, este obligat să desfăşoare o serie de acţiuni automate şi voluntare pentru a se adapta condiţiilor impuse dinamic de mediul fizic şi social. Dezvoltarea voinţei, odată cu maturizarea şi conturarea personalităţii, face ca subiectul să nu se mulţumească numai cu simpla cunoaştere a fenomenelor care-l înconjură şi în acest sens el dublează setea de a pătrunde în tainele lumii înconjurătoare, cu dorinţa de a o transforma şi de o adapta nevoilor sale. Pentru a atinge acest scop, omul desfăşoară activităţi multiple şi complexe individuale sau colective. Activitatea şi voinţa, ca funcţii efectorii orientate de gîndirea şi conştiinţa individului, jalonează atît cadrul specific al eficienţei persoanei umane, valoarea ei socială, cît şi originalitatea conduitei morale, sociale şi în general comportamentale. Din acest complex de aspecte caracteristice personalităţii umane, în paragraful de faţă ne oprim doar asupra unor aspecte psihopatologice ale conduitei motorii.

Aspectul vestimentar (ţinuta) poate să ofere primele indicii ale stării psihice, întrucît ea exprimă un aspect al relaţiilor insului cu ambianţa, adaptarea lui la regulile de convieţuire socială, îndeobşte respectate, raportarea lui la societate în general. Astfel, *dezordinea vestimentară* (în afara cazurilor care constituie o consecinţă a adeziunii insului la un anumit curent) poate crea suspiciuni asupra unei stări confuzionale a unei oligofrenii, demenţe sau a unei psihoze, în special schizofrenice.

Dimpotrivă, *rafinamentul vestimentar* exagerat poate fi expresia unei personalităţi psihopatice, isterice sau homosexuale sau al bizareriei schizofrenice.

Bizareriile şi excentricităţile vestimentare (ornarea cu decoraţii, eventual flori sau fardul exagerat) exprimă tendinţe de supraestimare, megalomanie, note paranoiace, stări de excitaţie maniacală.

Tendința spre folosirea obiectelor vestimentare ale sexului opus, ca și îmbrăcarea în maniera sexului opus, traduce o tulburare de personalitate și poartă numele de *travestitism*, în timp ce folosirea vestmintelor sexului respectiv, dar într-o formă nepotrivită vîrstei și situației este denumită *cisvestitism*.

Privirea poate să redea în mod spontan în condiții normale și patologice conținutul afectiv al vieții psihice. Astfel, se consideră că privirea fixă, imobilă, încrucișată, constituie expresia urii, agresivității și cruzimii.

Privirea larg deschisă, însoțită de ridicarea sprîncenelor și eventuala încreștire a frunții, este interpretată ca semn de angoasă și anxietate.

Stările de excitație, hipomaniacale și maniacale, sînt caracterizate printr-o privire hipermobilă fugace și necruțătoare, pe cînd stările depresive se disting printr-o privire stinsă, hipomobilă, eventual fixă sau absentă.

Privirea schizofrenicului exprimă caracteristica esențială a psihicului său : discordanța ; ea este detașată, ruptă de realitate, abstrasă ambianței.

Expresie nonverbală involuntară și reflexă, *mimica* traduce — ca și privirea — tonalitatea afectivă a insului, emoțiile și sentimentele sale.

În funcție de structura temperamentală și în special de mobilitatea psihică, mimica poate să fie exagerată *(hipermimie)*, diminuată pînă la imobilitate *(hipomimie)* și respectiv *amimie*, dezadaptată *(paramimie)*.

Astfel, mobilitatea și expresivitatea exagerată a mimicii (hipermimia) se pot întîlni sub aspect global (hipermimie generalizată), cînd întreaga motricitate facială este crescută în sensul intensității, rapidității și variației mișcărilor. Ea este caracteristică stărilor maniacale, excitației psihomotorii din intoxicațiile ușoare.

Sînt descrise de asemenea *hipermimii* localizate, *polarizate*, care traduc de obicei o stare extatică (a idealiștilor pasionali și mistici) sau exteriorizează preocupările delirante (cînd poate fi dîrză sau disprețuitoare), dialogul imaginar cu vocile halucinatorii sau în sfîrșit mirarea și teatralismul isteric.

În cadrul hipermimiilor polarizate pot fi înscrise *mimicile compensatorii* întîlnite la persoane care vor să afișeze o conduită diferită sau chiar opusă stărilor afective ; se cunoaște astfel mimica dezinvoltă a timizilor sau mimica pseudoironică a psihastenicilor.

Diminuarea mobilității și expresivității mimice *(hipomimia)*, care poate evolua pînă la imobilitatea mimică *(amimia)*, poate fi întîlnită în *melancolie*, în aproape toate stările de inhibiție psihomotorie, ca și în *sindromul de impregnație neuroleptică*.

O hipomimie accentuată este întîlnită în stările confuzionale *(stuporoase)*, în deficitele intelectuale profunde *(oligofrenii sau demențe)*, precum și în *paralizia generală progresivă*, unde slăbirea tonusului musculaturii faciale oferă mimicii un aspect aplatizat, cunoscut sub numele de *facies laminat* sau *mască paralitică*.

Paramimiile sînt expresii mimice neconcordante cu conţinutul stării timice. Dintre acestea, aşa-zisa *mimică de împrumut* se compune din expresii dirijate în mod deliberat în scopul atragerii atenţiei ambianţei. Ele aparţin de fapt patologiei psihice marginale, constituind un semn al supraestimării, mitomaniei şi eventual isteriei. *Ecomimia* constă în imitarea mimicii interlocutorului şi este caracteristică sugestibilităţii crescute din sindroamele catatonice, căpătînd caracterul extrem de *„reflectare în oglindă"*, în stările profund demenţiale. Paramimiile în general, exprimă pervertirea gesturilor mimice, exteriorizînd manierismul, bizareria şi stereotipiile caracteristice schizofreniei. Ele pot îmbrăca aspectul hemimiei (persistenţa unilaterală a unui gest mimic), *neomimiei* (mimică bizară similară neologismelor din vorbirea bolnavilor de schizofrenie), *jargonomimiei* (multitudine de expresii bizare neinteligibile) şi *psitacismului mimic* (hipermobilitate incomprehensibilă şi inexpresivă a mimicii).

Paramimiile fac parte din seria mai largă a *parakineziilor,* care reprezintă tulburări ale conduitei motorii constînd în *pervertirea sensului şi conţinutului natural şi logic al mişcărilor. Gesturile* îşi pierd naturaleţea, apar nemotivate, artificiale, puerile, bizare şi ca atare în discordanţă cu starea afectivă, cu conţinutul ideativ, cu situaţia obiectivă în care se află bolnavul. Dintre tulburările parakinetice fac parte : *manierismul, bizareria, stereotipiile de poziţie şi mişcare.*

Prin *manierism* se înţelege pervertirea acţiunilor comportamentale şi gestuale simple. Mersul devine artificial (sărit, săltat, dansat, în zig-zag, pe vîrfuri sau pe călcîie). Gesturile comportamentale devin şi ele puerile, caricaturale (dau mîna într-un mod excesiv de protocolar, oferă un singur deget ş.a.).

Bizareria reprezintă un grad accentuat de comportare manieristă, caracterizată în fond printr-o pierdere a trăsăturilor logice şi inteligibile ale gesturilor şi mişcărilor.

Stereotipiile sînt caracterizate prin tendinţa la repetare a uneia şi aceleiaşi manifestări, de obicei bizare, în planul mimico-pantomimic al atitudinii, limbajului sau scrisului. Ele reprezintă deci fixări într-o formulă identică a diferitelor expresii motorii sau verbale care se succed similar sau care sînt prelungite în mod variabil, inutil şi inadecvat circumstanţei.

Accepţiunea psihopatologică a conceptului de *stereotipie* este mai largă şi mai complexă, în sensul că el include atît *repetiţia* în manieră identică a unei mişcări, cît şi *perseverarea* într-un gest sau act, precum şi *păstrarea îndelungată a unei poziţii.*

Din acest punct de vedere, stereotipiile se împart în *stereotipii de atitudine (akinetice)* sau de *mişcare (kinetice sau parakinetice).*

În cazul *stereotipiilor de atitudine*, bolnavii păstrează timp îndelungat poziţii dintre cele mai bizare şi incomode, care obosesc şi sînt imposibil de menţinut fără antrenament de către oamenii normali. Astfel, ei stau timp îndelungat într-un picior, pe vîrfuri sau pe călcîie, de asemenea, culcaţi în pat, menţin capul ridicat deasupra pernei *(perna de aer sau „perna psihică")*, ori stau în pat în poziţie de *„cocoş de puşcă"*

cu capul flectat, trunchiul încovoiat, iar flexiunea membrelor inferioare fixează genunchii la nivelul abdomenului (vezi figura 16). Uneori membrul superior ridicat în mod pasiv, este coborît din cauza flexibi-



Fig. 16. — Schizofrenie catatonică cu negativism verbal și alimentar. Stereotipie de atitudine : bolnava stă ore întregi în genunchi, cu fața în jos, în poziția de „cocoș de pușcă".

lității ceroase în trepte, creînd ca și în encefalite, semnul *„scării"*. Aceste aspecte de inhibiție motorie mai poartă denumirea de *„contractură cataleptică"* sau de *„atitudine catatonică"* (vezi figura 17, 18).

Stereotipiile de mișcare se caracterizează prin perseverarea unor mișcări sau repetarea unui gest, a unei acțiuni, a unui cuvînt, a unor propoziții sau fraze, indiferent de inutilitatea sau caracterul lor incomprehensibil, ilogic.

După unii autori, veritabila stereotipie s-ar reduce exclusiv la activitatea motorie involuntară și inconștientă și ar fi lipsită de orice conținut ideativo-afectiv ; alții iau drept criterii ale stereotipiei numai fixarea invariabilă a gestului sau atitudinii, indiferent de conținutul ideativo-afectiv. Majoritatea autorilor apreciază că deși fenomenologia stereotipiilor este motorie, ele au la origine un sens, fixarea invariabilă și automatizarea fiind secundare și cîștigînd treptat un loc predominant în conduită.

Stereotipiile se întîlnesc în deplina lor complexitate alături de negativism și sugestibilitate, în forma catatonică a schizofreniei și în schizofrenie în general, în demențe presenile și senile, în oligofrenii profunde (idioție și imbecilitate), în fazele finale ale delirurilor cronice, precum și în afecțiuni neurologice ca boala Parkinson.

Nu trebuie considerate stereotipii mișcările iterative (care sînt tulburări de tonus, ce antrenează automat repetarea actelor), și nici repetițiile verbale monotone, cum sînt plîngerile melancolicilor.



Fig. 17 — Schizofrenie catatonică, cu stereotipie de atitudine a brațelor. Faciesul este imobil, inexpresiv (atitudine cataleptică).



Fig. 18 — Schizofrenie catatonică, stereotipie de atitudine, bolnavul își ține capul cu mîinile în mod persistent, după care trece într-o altă atitudine catatonică, cu capul flectat și mîinile aduse pe lîngă corp.

Exagerarea activității psihomotorii (hiperkinezia sau tahikinezia) este caracterizată printr-o mimică mobilă, expresivă și o pantomimică amplă, continuă și rapidă. Ea poate fi întîlnită în stări afective de tonalitate pozitivă, stări de ușoară intoxicație, stări hipomaniacale sau maniacale.

Cînd pe fondul hiperkineziei intervine neliniștea și dezorganizarea actelor motorii, se vorbește de *excitație psihomotorie* care în manifestarea sa extremă poartă numele de *agitație.*

Agitația psihomotorie, în afara parametrului intensității, cunoaște o alură determinată de doi factori : conținutul stării afective și gradul de claritate a conștiinței.

În acest sens, agitația nu trebuie apreciată numai sub aspectul exterior și aparent, ci și după coerența și scopul mișcărilor. Ca manifestare de aspect intens dramatic și uneori spectacular, agravată adesea de reacțiile anturajului, *agitația* poate fi întîlnită în : impregnații neuroleptice, manifestată prin *akatisie* (imposibilitatea de a sta liniștit în șezut, culcat sau în picioare) și *tasikinezie* (tendința de a se deplasa încontinuu). Agitația psihomotorie însă poate fi expresia unor afecțiuni organice cerebrale (de natură infecțioasă, vasculară, tumorală sau traumatică), a unor afecțiuni psihice de intensitate psihotică, psihopatică și mult mai rar nevrotică. Deosebim, astfel, agitația psihomotorie din stările confuzive (infecțioase, toxice) cu debut brutal, mai ales vesperal, de intensitate variabilă, dar întotdeauna dezordonată și însoțită de anxietate, oneiroidie și tulburări delirant halucinatorii (halucinații în special vizuale, dinamice, terifiante, mai frecvent zoopsice), care imprimă bolnavului un comportament agresiv și uneori suicidar.

Agitația din deteriorările, regresiunile sau nedezvoltarea cognitivă (demențe senile, vasculare, presenile, paralitice, traumatice, postencefalitice) se declanșează brusc, la incitații minime din mediu, are un caracter stereotip, uneori cu manifestări agresive față de cei din jur ; de cele mai multe ori însă, această agitație îmbracă la bătrîni mai mult aspect verbal și psihomotor, fără acțiuni coleroase directe. În cazul oligofreniilor, ea poate îmbrăca aspectul unei agitații coleroase soldate cu acte agresive stimulate de forța fizică corespunzătoare vîrstei și de lipsa sau nedezvoltarea capacității de apreciere a gravității lor.

Agitația din stările maniacale este precedată de o stare prodromală caracterizată prin irascibilitate și ergasiomanie (impulsiunea de a face ceva) ; predominant motorie și polipragmatică, ea are totuși un aspect ludic și degajat. În forme mai grave, care survin mai ales după contrarieri sau suprimarea bruscă a neurolepticului incisiv, bolnavii pot izbucni într-o stare de agitație extremă, cunoscută sub denumirea de *„furie maniacală".*

Agitația din stările depresive de aspect endogen izbucnește la bolnavi aparent liniștiți anterior, hipomobili, care fără un motiv comprehensibil, dezvoltă o stare de neliniște și dezordine motorie de mare violență, uneori cu loviri, omucideri sau impulsiuni de autoliză, cunoscută sub denumirea de *„raptus melancolic".*

Agitaţia din schizofrenie în general apare în mod imprevizibil, fără incitaţii din mediul extern şi se caracterizează prin incomprehensibilitatea conduitei ; vorbirea, ca şi actele bolnavului, pe lîngă caracterul dezordonat, pot avea un caracter simbolic. Agitaţia se întîlneşte mai ales în stările hebefrenice (cînd aminteşte agitaţiile maniacale) şi în stări catatonice (cînd gesturile şi actele bolnavului sînt predominant motorii şi stereotipe).

Agitaţia din epilepsie se poate manifesta în timpul unei echivalenţe epileptice sau intercritic (cînd este determinată de incitaţii din mediu). În aparent contrast cu adezivitatea şi vîscozitatea caracterului epileptic, agitaţiile acestor bolnavi pot atinge o amplitudine extremă (datorită caracterului automat, prin tulburarea conştiinţei), cunoscută în psihopatologie sub denumirea de *„furor epilepticus"*. În aceste situaţii, bolnavii pot comite acte de o mare violenţă şi cruzime, urmate de amnezia momentului respectiv.

Agitaţia din stările reactive fără modificarea lucidităţii conştiinţei, este generată de sentimentul acut de frustraţie şi de paroxismele anxioase şi se manifestă printr-o dezorganizare mai discretă a conduitei decît în stările precedente ; bolnavii, în neliniştea lor acută, nu-şi pot păstra poziţia, merg dintr-o parte în alta fără un scop anume, oftează, îşi frîng mîinile, sau în cazuri extreme, încearcă să-şi rupă hainele, să-şi smulgă părul, acuză sau cer compasiune.

Agitaţia din psihopatii este disproporţionată faţă de situaţia care o determină, avînd la bază labilitatea afectivă şi slăbirea voliţională caracteristice acestor bolnavi. Ea se manifestă prin crize de mînie şi disperare, dar uneori poate să aibă o alură teatrală, parţial regizată, cu tendinţa de a impresiona şi de a şantaja, frecvent însoţită de acuzaţii şi injurii.

Conduita psihomotorie (cum se poate deduce din cele relatate mai sus) poate să exprime starea psihică a bolnavului, gradul de organizare şi adecvare a actelor şi acţiunilor sale fiind expresia trăirilor afective şi conţinutului lor ideativ. Astfel, gesturile şi actele bolnavilor psihici pot fi de amplitudine exagerată sau diminuată, ordonate sau dezordonate, cu anumită finalitate sau bizare şi inexplicabile, conform unui scop real şi plauzibil sau corespunzătoare unor halucinaţii ori idei delirante, ele putînd fi desfăşurate sub controlul conştiinţei sau în mod automat.

Dacă activitatea psihomotorie poate fi apreciată ca o expresie a fenomenologiei psihice, privind sub unghi opus situaţia, se constată cum comportamentul psihomotor poate constitui fundalul excitaţiei, agitaţiei, anxietăţii, confuziei etc.

Diminuarea activităţii motorii (hipokinezia). Hipokineziile exprimă pe plan clinic o stare de inhibiţie psihomotorie caracterizată în general printr-o lentoare a mişcărilor, prin încetinirea cursului ideativ, printr-o mobilitate scăzută a mimicii şi uneori printr-o inexpresivitate sau sărăcie a expresivităţii acesteia. Lentoarea generală a mişcărilor (bradikinezie), a mobilităţii mimicii (hipomimie) însoţită de lentoarea marcată în vorbire (bradilalie) se întîlnesc în general în stadiile sechelare post-

meningo-encefalitice, în encefalopatiile traumatice, în sindromul parkinsonian organic sau neuroleptic și în epilepsie. Din punct de vedere clinic, s-ar putea face o distincție între inhibiția motorie, care ar reprezenta o diminuare generală cu sărăcirea activității motorii și bradikinezie, care nu ar reprezenta decît o încetinire generală a ritmului activității psihomotorii nedublată de sărăcirea motorie.

Întreruperea sau abolirea activității motorii (akinezia). Akineziile sînt stări particulare caracterizate printr-o inhibiție psihomotorie extremă, realizînd diverse aspecte clinice *(barajul motor, fadingul motor, stupoarea).*

Barajul motor (Sperrung) constă în oprirea bruscă și fortuită a oricărei mișcări inclusiv a actului vorbirii iar *fadingul motor* dintr-o diminuare treptată pînă la dispariție a amplitudinii oricărui gest sau act.

Stupoarea se caracterizează printr-o imobilitate completă sau aproape completă ; bolnavii sînt inerți, nu răspund solicitărilor din afară sau reacționează tardiv și vag, mimica rămîne împietrită în durere sau anxietate (în stările depresive) (vezi figura 19), sau complet inexpresivă (amimie) ca în stările stuporoase din catatonie (vezi figura 20) ca și din tulburările grave de conștiență (sopor și comă).

După fenomenologia sa, stupoarea din bolile psihice îmbracă aspecte particulare, în funcție de intensitatea tulburărilor psihice (nevrotice, psihopatice, psihotice, confuzive, neconfuzive) și de aspectele particulare ale entității nosologice în cadrul căreia apare. Astfel, *stupoarea nevrotică* și *psihopatică* este întîlnită în special în cadrul isteriei și se caracterizează printr-o instalare bruscă, în urma unor situații conflictuale puternice. Ea se manifestă așa cum apreciază P. Guiraud (1956) printr-o „atitudine de refuz a realității", bolnavul prezentîndu-se ca și cum ar fi fost drogat, atitudine denumită *„pseudonarcotism isteric"*. Mimica exprimă anxietate sau poate prezenta aspectul unei hipomimii sau amimii însoțite de hipertonie și tremor al extremităților, însă în această stare pacientul este docil și reacționează la o psihoterapie sugestivă.

În stupoarea de intensitate psihotică (stupoarea melancolică, stupoarea schizofrenică, stupoarea confuzională, stupoarea epileptică), tabloul clinic variază în funcție de entitatea nosologică și de tulburarea lucidității conștiinței. Astfel, *stupoarea melancolică* se caracterizează prin faciesul melancolic descris mai sus. În *stupoarea schizofrenică,* faciesul este amimic sau discret animat de paramimii, bolnavul rămîne într-o akinezie prezentînd uneori hipertonii localizate și variabile, alteori o atitudine cataleptică (vezi fig. 16, 17, 18, 20). Este interesant de precizat că în stupoarea schizofrenică, bolnavul participă pasiv (deși pare total abstras și detașat de realitate) la activitatea anturajului, putînd astfel reda ulterior cu exactitate evenimentele petrecute în perioada respectivă. În stupoarea confuzivă de origine somatică, toxică, infecțioasă (cu evoluție gravă) activitatea psihică pare aproape suspendată. Această stare este adesea interferată de stări confuziv delirante oneiroide, care lasă unele frînturi mnezice din perioada stuporoasă. Stupoarea epileptică

se prezintă sub forma stuporii confuzionale și succede de obicei criza convulsivă.

Totala inerție motorie (însoțită de o ușoară hipertonie musculară) în cadrul căreia bolnavul păstrează vreme îndelungată poziția în care se află sau atitudinea imprimată de examinator, este cunoscută în psiho-



Fig. 19 — Depresie, facies caracteristic cu tristețe, colțurile gurii sînt coborîte, pliurile feței sînt căzute, extremitatea externă a fantei oculare e ceva mai ridicată.



Fig. 20 — Schizofrenie catatonică : atitudine nefirească a capului, menținută timp îndelungat ; faciesul imobil, inexpresiv.

patologie sub denumirea de *catalepsie*. Întrucît (prin discreta hipertonie musculară), corpul își păstrează mult timp poziția imprimată, putînd fi modelat asemenea unui obiect de ceară, catalepsia a mai primit denumirea de *flexibilitate ceroasă* ; putem afirma că prin fenomenul flexibilității ceroase, mișcarea se fixează în atitudine.

În toate aceste situații, examenul electromiografic nu evidențiază nimic specific, rezultatul său fiind asemănător cu acela din contracția musculară voluntară.

Catalepsia se întîlnește nu numai în catatonie, ci și în stările de sugestie hipnotică, în isterie, unde realizează „criza cataleptică“ sau „somnul cataleptic“, stare brusc instalată, însoțită de îngustarea conștiinței și caracterizată prin hipertonie în hiperextensie, realizînd atitudinea în arc de cerc.

Spre deosebire de criza cataleptică (caracterizată prin hipertonie), *somnul cataleptic* se prezintă ca o inhibiţie motorie completă, care, datorită absenţei hipertoniei, poate oferi impresia de moarte aparentă, cu atît mai mult cu cît această stare are o durată îndelungată, iar respiraţia bolnavilor este imperceptibilă.

Deoarece o serie de manifestări hiper-, hipo- şi akinetice se întîlnesc frecvent în catatonie, redăm cîteva elemente constitutive ale acestei stări.

Catatonia este o stare complexă, cu etiologie şi manifestări multiple, interesînd cu predilecţie activitatea motorie. Ea a fost definită ca un ansamblu de tulburări psihomotorii pe un fond de inerţie şi catalepsie, sau ca o stare de fixare tonică, persistentă, a corpului, în anumite poziţii.

Fenomenologia catatonică se poate desfăşura pe un fond de claritate a conştiinţei *(catatonie lucidă)* sau pe fond confuziv *(catatonie oneiroidă)*. Sfera catatoniei cuprinde stereotipiile (despre care am vorbit mai sus), sugestibilitatea şi negativismul.

Sugestibilitatea, definită în mod comun ca posibilitatea de a fi influenţat prin sugestie, se caracterizează în intensitatea ei patologică printr-o receptivitate extremă faţă de influenţele exercitate de alte persoane.

Întîlnită în situaţii normale ca o caracteristică a personalităţii unor subiecţi, ea este frecventă în patologie, ilustrînd cu predilecţie isteria, întîlnindu-se însă şi în alte psihopatii, oligofrenii şi demenţe.

În cadrul catatoniei este vorba însă de o sugestibilitate extremă, caracterizată prin faptul că bolnavul acceptă cu uşurinţă recomandările interlocutorului şi execută într-o manieră automată ordinele examinatorului. În acest context ea îmbracă un caracter imitativ (ecomimie, ecolalie, ecopraxie), de supunere şi execuţie automată, de obicei imediată şi fără critică a oricărui ordin. Ecomimia, ecolalia (imitarea cuvintelor), ecopraxia (imitarea gesturilor) compun aşa-zisul *sindrom ecopatic.*

Negativismul este caracterizat prin tendinţa unor bolnavi de a opune rezistenţă activă sau pasivă la orice stimul extern şi uneori faţă de satisfacerea propriilor nevoi fiziologice.

Atunci cînd bolnavii prezintă inerţie şi rezistenţă permanentă la ordine sau stimuli, precum şi în faţa nevoilor fiziologice (ca alimentaţia, deglutiţia, micţiunea sau defecaţia) este vorba de un *negativism pasiv.* Astfel, bolnavii refuză să se ridice din pat, să meargă, să mănînce (negativism alimentar), să vorbească (negativism verbal), să relaxeze sfincterele (negativism intern).

Alteori însă, orice recomandare sau ordin este urmat de tendinţa sau chiar de execuţia actului opus, fenomen ce poartă numele de *negativism activ.* Astfel, bolnavul se îndepărtează cînd este chemat, îşi retrage mîna atunci cînd i se întinde, declanşează o contracţie a musculaturii antagoniste la încercarea de mobilizare a unui membru, contractă maseterii atunci cînd este întrebat ceva.

Putem afirma că, spre deosebire de negativismul pasiv, în care era vorba de o inerție, reținere sau refuz, în negativismul activ este vorba de o opoziție fermă și uneori violentă.

În adevărata lui accepțiune, negativismul se întîlnește în forma hebefrenică și catatonică a schizofreniei, în melancolii stuporoase, în debilitate mentală și în paranoie ca expresie a vanității, orgoliului și neîncrederii.

O mențiune specială se impune catatoniei de natură neuroleptică descrisă printre alții de J. Delay și P. Deniker (1964), de H. Haasse și P. Janssen (1965). În cadrul catatoniei provocate de neuroleptice, în special incisive (de tip Haloperidol, Triperidol, Majeptil etc.), se constată inerția motorie, diminuarea și pierderea inițiativei motorii, pierderea sinkineziilor, precum și atitudinea catatonică.

Efectul catatonigen realizat de neuroleptice a putut permite sistematizarea acestora în ordinea incisivității lor, întrucît se cunoaște că fenomenologia catatonică se dezvoltă cu atît mai ușor, cu cît neurolepticul este mai puternic, mai incisiv (ca de pildă : Flufenazina, Tioproperazina etc.) și cu atît mai greu, cu cît neurolepticul este mai sedativ (ca de exemplu : Levomepromazina, Tioridazina etc.).

Tulburările psihomotorii pot interesa în mod special reglarea actelor sau acțiunilor. Astfel, poate să existe o inerție în inițierea actelor motorii, manifestată chiar și atunci cînd actul constituie expresia unei necesități instinctive (situații descrise în cadrul negativismului pasiv).

De asemenea, o acțiune inițiată, în loc să se oprească după îndeplinirea ei, se continuă prin *perseverare iterativă* (realizînd acte asemănătoare) sau prin *perseverare substitutivă* (ca o intoxicație motorie, în care bolnavul execută același act, deși i se cere să execute altul).

Perseverarea motorie este întîlnită în demențe senile (boala Pick, boala Alzheimer), în hebefrenie etc. și trebuie diferențiată de *iterație* sau *palikinezie*, în care tulburarea tonusului antrenează automat repetarea actului (exemplu : flexia și extensia îndelungată a gambei).

Deoarece am amintit în cîteva rînduri de tulburările activității motorii determinate de tratamentele cu neuroleptice, redăm mai jos succint cîteva aspecte ale acestora. Tulburările motorii consecutive tratamentului cu neuroleptice incisive se pot prezenta sub forma unui sindrom akinetic (evidențiat prin diminuarea pînă la dispariție a inițiativei motorii), a unui sindrom akinetic-hiperton (caracterizat prin tremor, hipertonie, rigiditate și hipokinezie pînă la akinezie), a unui sindrom diskinetic-hiperton (caracterizat prin diskinezii buco-linguo-faciale, distonii masticatorii și de deglutiție), precum și sub forma unor anomalii de postură și mișcare sau sindrom hiperkinetic-hiperton (caracterizat prin hipertonie paroxistică, distonii de torsiune, tremor, crize isteriforme și epileptiforme). De menționat că toată această fenomenologie motorie diminuă sau dispare odată cu micșorarea dozelor sau întreruperea tratamentului, precum și prin tratamentul antiparkinsonian sau sedativ.

În cadrul activității pantomimice, cunoașterea tulburărilor de mers la bolnavi indemni de o leziune organică neurologică, se impune astăzi

cu atît mai mult cu cît, așa cum a reieșit, ele pot fi amplificate sau chiar provocate de tratamentul neuroleptic. Astfel, unii bolnavi cu psihastenie severă sau schizofrenie nu îndrăznesc să meargă, au un mers șovăitor, manifestă o teamă exagerată de a merge (bazofobie). Alții trăiesc convingerea imposibilității de a sta în ortostatism (astazoabazie), fenomen întîlnit în isterie, au teamă de a se așeza (thasofobie), ori au fobia de a se repune în mișcare (ergasiofobie).

Ticurile reprezintă o categorie specială de tulburări ale activității motorii. Ele apar în special în nevrozele mixte (motorii) sau în psihastenie, fiind definite ca mișcări cu caracter intempestiv, repetitiv și rapid, ca rezultat al contracției unor grupe musculare (de obicei aceleași) scăpate de sub controlul volițional, dar accesibile conștiinței. Repetate fără necesitate obiectivă, ticurile se prezintă ca niște mișcări spasmodice parazitare, de aspect intențional (mișcarea bruscă de lateralitate a capului, mișcarea umerilor, mișcarea de aranjare a unei șuvițe de păr, uneori imaginare sau mișcarea de degajare a gîtului dintr-un guler aparent incomod).

Tot în rîndul ticurilor pot fi înscrise : *onicofagia,* care constă în tendința de a-și roade unghiile, *tricotilomania,* care constă în răsucirea, ruperea sau smulgerea unor smocuri de păr de pe pielea capului (ajungîndu-se la zone de alopecie).

Ticurile, pe care le putem numi parapantomimii, frecvente în copilărie, sînt susceptibile de a dispare spontan după adolescență, persistența lor în viața adultă semnificînd o stare psihastenică sau obsesională și realizînd în cazuri rare, maladia ticurilor.

Un aspect deosebit reprezintă tulburările cuprinse în conceptul de *„dezorganizare a conduitei motorii"*, cunoscut sub denumirea de dispraxie sau apraxie. *Apraxiile* se caracterizează prin pierderea posibilității de exprimare gestuală și de efectuare a altor acte martorii, în ciuda lipsei unor tulburări motorii elementare (I. Stamatoiu) și uneori chiar în lipsa unor tulburări evidente intelectuale sau senzitivo-senzoriale.

În general, se consideră că orice act sau acțiune este executat după o schiță sau un plan ideator care ar depinde de funcționalitatea lobului parietal stîng.

Trecerea de la intenție la execuție ar determina transmiterea schiței ideatorii din lobul parietal stîng în lobul frontal, la așa-zisul centru ideo-motor, unde se realizează engramele kinetice, care în momentul execuției sînt transmise cortexului motor rolandic.

Atunci cînd actul nu poate fi executat, întrucît sînt perturbate planul său și reprezentarea îndeplinirii sale (deși el este bine conceput ca tendință și cinetica elementară este intactă, gesturile putînd fi executate corect), este vorba de apraxie ideatorie.

Întotdeauna bilaterală, *apraxia ideatorie* permite executarea actelor simple, dar împiedică execuția actelor mai complexe, în special cînd acestea implică manipularea unor obiecte (ex. : aprinderea unei țigări). Întrucît bolnavul recunoaște obiectele pe care trebuie să le folosească, dar nu știe cum să le folosească (datorită unei tulburări primare de natură gnozică), el oferă impresia unui om distrat.

Atunci cînd bolnavul nu poate executa nici actele complicate, dar nici pe cele mai simple (ca încheierea unui nasture, scoaterea limbii), apraxia este denumită *ideomotorie*. De menţionat că aceasta interesează numai actele cu execuţie deliberată şi intenţionată, permiţînd execuţia actelor spontane sau automate. Mai mult, execuţia spontană a unui act nu poate fi repetată atunci cînd aceasta i se cere. Această apraxie este determinată de leziunea căilor care unesc centrii ideomotori, putînd fi atît unilaterală cît şi bilaterală ; ea este asociată cu afazie sau cu o monoplegie sau hemiplegie. În afara leziunilor neurologice, apraxiile se întîlnesc şi în stări demenţiale (senile sau de natură luetică), cînd acestea pot fi confundate cu afazia.

D. SEMIOLOGIA CONŞTIINŢEI

Procesele psihice expuse în paragrafele anterioare nu trebuie înţelese în mod izolat şi static, deoarece ele acţionează în interdependenţă dinamică ca un tot unitar şi formează contextul complex care stă la baza funcţiilor de sinteză ale psihicului uman. Una dintre aceste funcţii de sinteză este *conştiinţa.*

Din punct de vedere filozofic, conştiinţa reprezintă cea mai înaltă formă de reflectare a realităţii obiective, produsul funcţiei materiei superior organizate.

Pe plan fiziologic, conştiinţa reprezintă funcţia acelor regiuni corticale aflate în stare de funcţionalitate optimală. Pe plan psihologic, conştiinţa reprezintă procesul de reflectare a propriului eu (conştiinţa eu-lui, a activităţii şi continuităţii persoanei) şi a lumii înconjurătoare (conştiinţa locului, ambianţei, timpului).

Din punct de vedere psihologic şi psihopatologic noţiunea de conştiinţă are multiple accepţiuni adesea unilaterale, contradictorii. Astfel, unii o consideră ca un „epifenomen" ca o „abstracţie", alţii ca pe un „dat subiectiv" detaşat de viaţa psihică sau o identifică cu o „gîndire reflexivă şi creatoare". În sfirşit, mai ales în ultimele decenii, s-a conturat ideea conform căreia conştiinţa s-ar identifica cu vigilitatea. Unele dintre aceste opinii intenţionează în fond să acrediteze ideea în virtutea căreia conştiinţa este incognoscibilă şi insesizabilă, orice efort de a o sesiza fiind aprioric sortit eşecului. În legătură cu raportul dintre conştiinţă şi vigilitate considerăm ca şi J. Delay că nici dintr-o perspectivă pur medicală conştiinţa nu poate fi redusă la o funcţie de vigilitate.

În legătură cu definirea conştiinţei din punct de vedere psihologic, o serie de autori reuşesc să scoată în evidenţă de cele mai multe ori doar elementele particulare ale acestei funcţii psihice de sinteză.

Astfel, P. Guiraud consideră conştiinţa ca o activitate „constatantă" a cărei constatare are o extensie legată de posibilităţile cognitive şi o profunzime care este în funcţie de factori timoafectivi.

I. M. Sutter și I. Pelissier consideră conștiința ca o sinteză realizată de ins la un moment dat al activității psihice, ale cărei aspecte elementare sînt integrate într-un comportament dotat cu o structură originală.

K. Jaspers definește conștiința ca „viața psihică la un moment dat", întrucît fiecărui moment al insului îi corespunde o experiență trăită în corelație cu o anumită ordine sau claritate a conștiinței.

Insistînd asupra acestei „stări actuale", asupra acelui „acum și aici", H. Ey consideră că „a fi conștient înseamnă a trăi particularitatea propriei experiențe, transpunînd-o în universalitatea conștiinței sale" (H. Ey, 1963, p. 3.). Conștiința este apreciată deci, ca un mod de organizare a vieții de relație, care leagă pe subiect de alții și de lumea sa. Cu alte cuvinte, conștiința este posibilitatea subiectului de a se constitui el însuși în obiect pentru sine și pentru altul. Departe de a fi o funcție a insului, conștiința este însăși organizarea lui, într-o existență concomitentă ca obiect și ca subiect.

Conștiința nu poate fi apreciată făcînd abstracție de existența ei ca trăire, persoana conștientă trăiește experiențe, se adaptează lumii reale, este dotată cu reflexii creatoare și este organizată într-o manieră originală, într-un sistem personal.

Conștiința insului se realizează astfel prin posibilitatea încorporării unui model al lumii în care se dispun propriile sale experiențe (persoana sa).

Conștiința se edifică în organizarea experienței sensibile actuale *(cîmpul conștiinței),* care integrează *prezența în lume, reprezentarea actuală și construcția prezentului.*

Referitor la *cîmpul conștiinței,* trecem succint în revistă poziția noastră în legătură cu noțiunile de inconștient, preconștient sau subconștient.

De pe pozițiile materialismului dialectic, considerăm că *inconștientul* cuprinde totalitatea fenomenelor psihice care scapă conștiinței, care nu au fost conștientizate sau care nu se conștientizează (perioadele care preced formarea conștiinței individuale, o serie de automatisme, pulsiuni sau stimulări subsenzoriale, subperceptuale din perioada de veghe, imaginile și reprezentările care apar în perioada de vis, trăirile psihice din timpul tulburărilor de conștiință). Considerăm că acest inconștient nu este total incognoscibil. Apreciem concepția lui Bassin conform căreia, formele de activitate nervoasă superioară neajunse la conștiință subliniază nu bariere de netrecut, ci variabilitatea relațiilor dintre ele și cele conștientizate, cît și concepția lui Rubinstein despre dinamica conștientizării. *Subconștientul* de pe aceste poziții ar reprezenta totalitatea fenomenelor psihice care se situează la un moment dat în afara cîmpului conștiinței, dar care au fost anterior conștientizate și pot oricînd, în funcție de orientarea activității psihice, să reapară în cîmpul luminos al conștiinței.

După expunerea acestor cîteva puncte de vedere, se poate deduce că dominarea unui cerc de preocupări sau cunoștințe într-un moment sau altul al existenței subiectului se află în legătură directă și cu posibilitatea de a deplasa atenția asupra diferitelor obiecte, fenomene, repre-

zentări sau idei care apar în mod voluntar sau involuntar sub influența factorilor interni și externi. Astfel, fiecare om are *conștiința propriei persoane (conștiința eu*-lui și a *legăturii cu alți oameni* strîns legată de comunicarea verbală și de procesul muncii specifice psihicului uman. Fiecare posedă aspecte din *conștiința activității* și *continuității* datorită cărora trecutul și prezentul reflectat și sintetizat în conștiință constituie un lanț neîntrerupt, a cărui ultimă verigă — cum spune Ghiliarovski —, este sentimentul trăit în momentul respectiv.

Conștiința locului, a ambianței și a timpului care integrează permanent individul în dinamica realităților obiective nu trebuie confundată cu orientarea în timp și spațiu, deoarece dezorientarea în timp și spațiu poate fi întîlnită atît la oameni cu tulburări mari de memorie, cît și în cazurile de contuzie, encefalită letargică sau după orice perioadă de tulburare a lucidității conștiinței urmată de o amnezie lacunară sau de o reproducere fragmentară nesemnificativă a evenimentelor din perioada de stare. După astfel de stări, subiecții nu se pot orienta în timp și spațiu decît după ce stabilesc (uneori pe baza unei memorii induse) legăturile dintre spațiul și timpul parcurs și prezentul existențial, conștientizînd astfel perioada despre care nu păstrează nici o amintire sau rețin doar amintiri fragmentare needificatoare.

Sub aspect psihopatologic, atunci cînd se vorbește de tulburarea conștiinței, este necesar să se facă distincție între conștiința ca noțiune filozofică și starea de luciditate (starea de conștiență cum este denumită de unii autori), care exprimă atît capacitatea și claritatea reflectării, cît și înțelegerea realității obiective în momentul respectiv. Din aceste motive a fost introdus probabil și termenul de stare de conștiență, care se referă la luciditatea și capacitatea de reflectare a prezentului (a organizării acestuia), în timp ce conștiința sub aspectul ei filozofic este o rezultantă a evoluției istorico-sociale a subiectului și, în fond, concepția lui despre lume și viață. Cele două laturi (filozofică și psihologică) ale conștiinței se află în interdependență dialectică, în sensul că numai în condițiile unei lucidități perfecte a conștiinței, subiectul este capabil să reacționeze în conformitate cu concepția lui despre lume și viață, ultima intervenind în permanență în organizarea prezentului, în stabilirea conduitei individului față de sine, față de familie, față de societate în general. Tulburarea conștiinței, reprezintă doar un episod în care se tulbură întreaga activitate conștientă ; remisiunea lui, însă, readuce în scena existenței aceeași concepție despre lume și viață, care definește de fapt valoarea și poziția individului în colectivitatea umană.

Sub aspect clinic, tulburările conștiinței se prezintă într-o mare variabilitate, după intensitatea, tipul și forma de exprimare psihopatologică. În vederea aprecierii acestor tulburări, autorii au căutat să stabilească anumite criterii. Pornind de la criteriul lui Jaspers (1928), apreciem tulburările de conștiință în funcție de următorii patru parametri :

1. *Detașarea de realitate* sau îndepărtarea de lumea reală, care se manifestă printr-o ridicare a pragurilor senzorialității astfel încît cel în

cauză percepe realitatea mai puţin distinct, mai estompat. Există de asemenea o hipoprosexie predominant de fixare, consecinţă probabilă a perturbării funcţiilor întregului psihism, precum şi a funcţionalităţii diverşilor analizatori. Din acest motiv, fixarea evenimentelor din timpul perioadei confuzive se face în mod superficial, fragmentar, fapt ce are drept rezultat hipomnezia sau amnezia evenimentelor şi faptelor petrecute în timpul episodului confuzional.

2. *Tulburarea memoriei* este manifestată prin amnezia postcritică (referitoare la perioada asupra căreia s-a desfăşurat tulburarea de conştiinţă). Hipo- şi amnezia sînt generate nu numai de hipo- şi aprosexie, ci de o perturbare mai profundă şi mai completă a funcţiilor psihice, întrucît în aceste condiţii se întîlnesc dificultăţi şi în privinţa evocării unor fapte importante din antecedentele insului, foarte bine fixate şi redate în perioadele dinafara confuziei.

3. *Dezorientarea* apare ca un criteriu constant şi de obicei secundar tulburărilor mnezice şi prosexice. Întotdeauna prezentă şi de intensitate diferită, dezorientarea se poate referi la situaţia în care se află bolnavul, la spaţiul geografic sau chiar fizic, la orientarea sa în timp şi în cazuri mai grave la orientarea autopsihică.

4. *Incoerenţa ideativă* şi incoerenţa activităţii pot fi apreciate ca elemente ale tulburării conştiinţei, cu două rezerve şi anume :

Incoerenţa gîndirii şi activităţii sînt semne ale confuziei, numai atunci cînd evoluează acompaniate de semnele prezentate mai sus, ele întîlnindu-se de altfel în multe alte situaţii psihopatologice, care evoluează însă pe un fond de claritate a conştiinţei.

Incoerenţa ideativă nu urmează întotdeauna în mod proporţionat intensitatea tulburării de conştiinţă, întîlnindu-se uneori situaţii în care conştiinţa, deşi profund alterată (sub aspect calitativ), ideaţia să se desfăşoare totuşi relativ coerent, de obicei în baza unui automatism asociativ. De asemenea, pe fondul tulburării conştiinţei, poate apare o productivitate senzorială psihotică, ilustrată prin : iluzii, halucinaţii, fragmente delirante, criteriu conform căruia tulburările de conştiinţă au fost împărţite în : productive sau calitative (care evoluează cu astfel de manifestări psihopatologice) ; neproductive sau cantitative (în cadrul cărora nu se întîlnesc astfel de manifestări).

Tulburările de conştiinţă mai pot fi apreciate sub aspect neurofiziologic (criteriu pe care se bazează modificările denumite cantitative ale conştiinţei cu referire la gradul de vigilitate), cît şi sub aspect psihologic, al adecvării insului la realitate (criteriu pe care se bazează tulburările calitative ale conştiinţei).

Cu toate că această împărţire este relativă, o utilizăm mai mult pentru a înlesni înţelegerea liniilor şi tipurilor de dezorganizare a activităţii conştiente.

A. *Tulburările cantitative ale conştiinţei*

Se ştie că starea de veghe este caracterizată prin aceea că funcţiile psihice se desfăşoară cu *claritate* (actele ideo-motorii fiind distincte şi într-o corectă orientare), *luciditate* (ilustrată printr-o oportună şi

adecvată orientare în realitate), și *sub controlul rațiunii* (care impune respectarea unor norme și valori în consens cu convenientele sociale).

Pe acest fond de vigilitate, pot fi distinse (sub aspectul intensității) mai multe grade de tulburare a conștiinței.

a) *Starea de obtuzie* constă în ridicarea pragurilor senzoriale, ce are drept consecință diminuarea mai mult sau mai puțin marcată a permeabilității și recepției, care se realizează cu oarecare imprecizie, inadecvare și latență. Obtuzia nu se manifestă numai în planul senzorialității, ci și al sferei ideativo-cognitive, traducîndu-se prin dificultăți asociative, pierderea supleței și mobilității ideative, fiind trăită pe planul subiectivității prin dificultatea insului în a-și preciza și formula ideile.

b) *Starea de hebetudine* se caracterizează prin aspectul dezinserției bolnavului din realitate : el oferă impresia că nu mai este în situație (care i se pare străină), că nu realizează și nu poate stăpîni situația în care se află. Atitudinea bolnavului în această stare este aceea de perplex, iar alteori de îndepărtat și implicit indiferent față de situația în care se află.

c) *Starea de torpoare* se caracterizează printr-o ușoară dezorientare, prin hipokinezie, scăderea tonusului afectivo-volițional, ce are drept consecință reducerea inițiativei, indiferentism și apatie ; este o stare comparabilă cu aceea de somnolență.

d) *Starea de obnubilare* este determinată de coborîrea tonusului funcțional al întregului psihism, prin ridicarea pragurilor senzoriale, care se traduc printr-o recepție întîrziată și inadecvată, prin lentoarea și dificultatea desfășurării procesului asociativ, manifestată pe plan clinic prin răspunsuri vagi, aproximative, incomplete, uneori lipsite de sens, alteori cu caracter de perseverare, asemănătoare cu intoxicația prin cuvînt. Procesele imaginativ-reprezentative sînt profund tulburate, iar evocarea mnestică se realizează dificil, uneori fiind imposibilă. Bolnavul, bradipsihic și bradikinetic, se orientează greu și incomplet în spațiul imediat și oferă informații vagi și aproximative despre propria persoană. La incitații intense sau repetate, răspunsurile bolnavilor pot prezenta un grad mai mare de precizie și claritate.

e) *Starea de stupoare ;* în forma ei confuzională, constituie un grad accentuat de tulburare a conștiinței, în care activitatea psihomotorie a bolnavului pare suspendată ; acesta nu mai răspunde la întrebări, nu mai reacționează la excitanții din mediu decît atunci cînd sînt foarte puternici, conduita lui fiind ruptă de orice legătură cu mediul. Se întîlnește în aceleași situații ca și obnubilarea.

f) *Starea de sopor* constituie o agravare a stării de obnubilare, în care reacțiile organismului la stimuli psiho-senzoriali sînt extrem de diminuate ; sub aspect clinic se aseamănă cu starea de somnolență accentuată.

g) *Starea comatoasă* reprezintă o pierdere completă a conștiinței, o stare de „apsihism" (Guiraud) și se realizează prin disoluția — bruscă

sau progresivă — a conștiinței și funcțiilor de relație, cu conservarea (uneori relativă) a funcțiilor vegetative. În forma ușoară (subcomă) există posibilitatea regresiei tulburărilor (revenirii bolnavului în stare de obnubilare) sub influența diverșilor excitanți. În *coma vigilă*, care evoluează cu agitație psihomotorie, se menține totuși un grad de prezență în mediu și o anumită activitate psihică profund confuză. *Coma carus* constituie gradul cel mai profund al destructurării conștiinței, în care este posibilă perturbarea funcțiunilor vegetative, respiratorii, circulatorii și a reflectivității ; este coma agonică, stadiul terminal al celor mai variate afecțiuni.

B. *Tulburările calitative ale conștiinței*

Dacă în prima categorie este vorba de o dezagregare a cîmpului conștiinței, tulburările calitative se caracterizează cu predilecție prin polarizarea și îngustarea cîmpului conștiinței. Aceste stări au ca trăsătură comună nu numai defectul contactului cu realitatea, ci și o „structură" sui generis a conștiinței.

a) *Tulburarea de conștiință de tip delirant* se caracterizează în primul rînd prin dezorientare în spațiu și timp și în al doilea rînd prin existența unor tulburări masive de percepție sub formă de halucinații vizuale și auditive, iluzii, pareidolii, fragmente de idei delirante polimorfe și de obicei absurde. De altfel, această productivitate halucinator delirantă face ca în aceste stări (spre deosebire de dezorientarea simplă din tulburările cantitative ale conștiinței) să se vorbească, de fapt, nu de o dezorientare simplă, ci, așa cum afirma Schröder, de o falsă orientare în mediu.

b) *Starea oneiroidă* este caracterizată de către H. Ey ca o infiltrare a construcțiilor visului în gîndirea vigilă, deoarece trăirile apar ca un amestec ciudat între fragmente ale realității reflectate și reprezentări senzoriale plastice cu conținut fantastic. Tabloul este completat cu reminiscențele halucinatorii ale unor imagini anterior trăite, care accentuează și mai mult confuzia și dezorientarea.

c) *Starea amentivă* este caracterizată printr-o simptomatologie polimorfă, în care este profund alterată conștiința propriului eu ; dezorientarea este totală, incoerența gîndirii este maximă, vorbirea ininteligibilă, tabloul clinic fiind dominat de o stare de agitație dezordonată și, de obicei, în limitele patului.

d) *Starea crepusculară* se caracterizează printr-o profundă alterare a reflectării senzoriale, cu păstrarea automatismelor motorii, care oferă un aspect coordonat și coerent actelor comportamentale, în ciuda faptului că acestea pot fi determinate de idei delirante, halucinații auditive imperative sau de halucinații vizuale terifiante.

Pentru a evita repetarea inutilă, am expus doar succint aceste tulburări calitative de conștiință, urmînd ca relatarea lor să fie reluată la capitolul sindroamelor psihopatologice.

Așa cum am subliniat, de luciditatea conștiinței depinde în bună măsură orientarea corespunzătoare în timp și spațiu (am atras atenția că dezorientarea în acești doi parametri ai existenței nu se identifică

cu tulburarea lucidității conștiinței). Avînd în vedere stricta lor intricare însă, de multe ori se pune problema dacă în marile sindroame mnezice conștiința ca atare este clară, funcționează normal sau nu. Desigur, tulburările mnezice, ca și cele delirante, de altfel, modifică atitudinea individului față de realitatea obiectivă și, ca atare, reflectarea ambianței sau reproducerea experiențelor trecute se face incomplet, fragmentar, fără a respecta succesiunea cronologică (cu tulburările de memorie), în timp ce în psihozele paranoide această reflectare se realizează în mod eronat, datorită prismei delirante prin care se produce reflectarea deviată a realității. Cu toate acestea, nu putem fi de acord cu părerea acelor autori care identifică sau condiționează existența tulburărilor mnezice sau delirante de modificarea lucidității conștiinței. Este cunoscut faptul că într-o serie de sindroame amnestice, bolnavul are atitudine critică față de tulburările sale și ca atare trăiește dureros și conștient afecțiunea sa. Claritatea conștiinței face ca și în stadiile incipiente ale demențelor, o serie de pacienți să prezinte sindroame depresive reactive realizînd conștient prăbușirea intelectului și personalității. Bolnavii cu deliruri sistematizate, și în special paranoicii, își susțin cu multă luciditate tema delirantă, reușind uneori să inducă persoane cel puțin aparent în deplină stare de sănătate mentală. În plus, ori de cîte ori se tulbură conștiința, delirul însuși își pierde coerența, se fragmentează, devine polimorf, ocupînd întotdeauna un loc secundar în desfășurarea dramatică a sindromului de tulburare a conștiinței.

Avînd în vedere aceste realități clinice, considerăm că orice fel de tulburare psihică influențează cîmpul conștiinței, modifică pragul reflectării lumii înconjurătoare sau îngustează unghiul prin care realitatea subiectivă și obiectivă este reflectată în conștiință. Reamintind că scăderea pragului conștiinței poate stimula apariția confabulațiilor chiar atunci cînd tulburările mnezice nu sînt suficient de evidente, subliniem că dezorientarea în timp și spațiu legată de tulburările mnezice îngustează cîmpul conștiinței, dar în același timp într-o serie de cazuri mobilizează activitatea pacientului în acoperirea deficitului (scrie sau întreabă data, își notează ziua și ora discuției cu medicul etc.).

Deoarece tulburările de conștiință înglobează în mod obligatoriu dezorientarea în timp și spațiu ne oprim asupra diverselor grade și tipuri de dezorientare aici la psihopatologia conștiinței.

Din cele relatate mai sus, este evident că în stările confuzionale, indiferent de aspectul lor predominant cantitativ sau predominant calitativ, se întîlnește o pierdere a simțului de orientare în situație, în spațiu și în timp, precum și o dificultate în orientarea allopsihică (de a identifica pe alții) și în orientarea autopsihică (de a se identifica pe sine).

Datorită multiplelor sale aspecte, în care în mod constant este tulburată modelarea și adecvarea conduitei și stabilirea contactului oportun și eficient cu realitatea, putem afirma că stările de dezorientare se caracterizează printr-un defect de relaționare. Astfel, *dezorientarea în spațiu* poate interesa localitatea în care bolnavul se află : cartierul, strada, casa, camera sau apartamentul. O variantă a dezorientării spațiale este

dezorientarea situațională, caracterizată printr-o inadecvată și inoportună conduită în diversele situații, precum și printr-o dificultate adaptativă în împrejurările realității.

Spre deosebire de tulburările (inadecvările) orientării în situație, frecvent întîlnite în stările normale, tulburările orientării spațiale se întîlnesc în stările de insuficientă dezvoltare cognitivă (grade accentuate ale oligofreniei), în stările de deteriorare cognitivă (demențe), în stări delirante (în special paranoide) și într-o intensitate variabilă, în toate stările confuzionale prezentate mai sus.

Diferențiindu-se de delirant, care se comportă ca un străin în situații cunoscute, care ia familiarul drept nonfamiliar, confuzul își ignorează dezorientarea și, în efortul său orientativ și adaptativ, ia nonfamiliarul drept familiar.

Tulburările orientării în timp sau tulburările percepției timpului trăit au o intensitate variabilă, ele putînd fi întîlnite atît în situații considerate normale, cît și în multiple stări patologice din domeniul psihiatriei (care nu se desfășoară pe fundalul unor tulburări de conștiință); în felul acesta, cronopatologia nu realizează o boală ca atare, și nici nu ilustrează cu predilecție anumite boli, în manifestarea ei variabilă fiind comună diverselor momente ale vieții insului, aflat pe versantul normal sau patologic al existenței sale.

Astfel, în viața normală, perceperea timpului trăit este modificată în funcție de calitatea experienței, de conștientizarea momentului și de coloritul afectiv al trăirii. Se știe astfel că buna dispoziție, exaltarea psihică, încărcarea afectiv-pozitivă în general, ca și caracterul complex și variat al activității, dinamismul experienței trăite, produc impresia accelerării timpului trăit și a scurtării acestuia.

La pol opus, stările afectiv-negative, momentele de disconfort afectiv, de tristețe și în special de așteptare a unui eveniment negativ, produc impresia (a ceea ce putem numi bradicronologie), de încetinire a trecerii timpului, de alungire a sa.

Patologia marchează accentuarea acestor tulburări și păstrează, în funcție de conținutul afectiv al trăirii stării patologice, impresia de accelerare și respectiv de încetinire a scurgerii timpului. Astfel, impresia de accelerare a timpului trăit se întîlnește în stările de ușoară intoxicație cu substanțe care, indiferent de natura lor (alcool, psihotone) realizează o excitație, o exaltare a vieții psihice. Cu toate acestea, intoxicațiile experimentale și toxicomaniile cu diverși derivați ai morfinei și mai ales cu substanțe psihedelice ca dietilamina acidului lisergic (L.S.D. 25), mescalina, psilocibina etc., prin vivacitatea și dinamismul elementelor imaginative și psihosenzoriale pe care le dezvoltă, pot oferi și impresia alungirii timpului; subiecții respectivi afirmă că pot retrăi o viață în timpul unei astfel de experiențe.

În această ordine de idei, poate fi menționată „viziunea panoramică", moment de mare acuitate clinică și de intens dramatism, trăit sub iminența pericolului existențial, în cadrul căreia, într-o perioadă cuprinsă în cîteva secunde, celui în cauză, îi apar (într-o „viziune pa-

noramică"), cele mai importante și mai semnificative momente ale existenței sale, din copilărie și pînă în clipa prezentă.

Este cunoscut de asemenea faptul că în *stările hipomaniacale și maniacale* se percepe o accelerare a timpului trăit, totul fiind redus la prezent, viitorul și mai ales trecutul fiind estompate de hiperstenicitatea și hiperactivitatea prezentă. Dimpotrivă, impresia încetinirii sau chiar a opririi timpului este întîlnită în stările depresive, fapt pentru care H. Ey apreciază melancolia ca pe o „sincopă" a scurgerii timpului. El consideră că impresia bradicronologiei percepute de depresivi este datorită faptului că aceștia ignorează viitorul (ca perspectivă optimistă), fiind orientați aproape exclusiv spre trecutul pe care-l reactualizează continuu și îl dramatizează, încărcîndu-l cu semnificații negative.

În *sindromul Korsakov* (socotit de unii autori drept veritabilă maladie a timpului) este vorba în primul rînd de o pierdere (datorită amneziei) a punctelor de referință temporale (fapt care determină o dezorientare cronologică maximă) și mai puțin de o tulburare în aprecierea duratei timpului scurs (de exemplu apreciază de obicei vîrsta, chiar dacă nu reproduce corect echivalentul cifric, recurgînd la relația biologico-socială prezentă). Discordanța *schizofrenului* dezarticulează, imobilizează sau condensează timpul, îngreuiază sau face imposibilă orientarea prospectivă și proiecția în viitor a persoanei respective. În *oligofreniile* grave (imbecilitate și idioție), noțiunea de timp nu se constituie, ca și în demențele profunde (în care se produce o pierdere a capacității perceperii timpului), conștiința perceperii timpului este parțial sau total inexistentă sau suprimată. În stadiile mai puțin avansate ale demențelor și în oligofreniile ușoare, deși conștiința perceperii timpului este incompletă, ritmul scurgerii acestuia este în funcție de nota eforică sau depresiv anxioasă a dispoziției.

Deosebit de importante pentru semiologia conștiinței sînt tulburările de orientare allopsihică și autopsihică.

Tulburările orientării allopsihice sînt caracterizate prin dificultatea sau imposibilitatea de a identifica mediul ambiant și elementele lui constitutive și poartă denumirea de *derealizare.* Derealizarea ne apare ca o tulburare a conștiinței mediului înconjurător, acesta apărînd bolnavului ca necunoscut, străin, ireal sau inert, lipsit de viață și culoare, elementele lui fiind percepute ca niște siluete învăluite în fum, în ceață, și ca atare cu contururi șterse, neclare, cenușii. Tulburările senzorialității sub forma de „jamais vu", „jamais connu" sau opusul acestora „déjà vu", „déjà connu" pot fi considerate ca forme speciale de derealizare.

Sindromul de derealizare poate fi întîlnit într-o serie de afecțiuni psihice ca schizofrenia, epilepsia, psihozele traumatice, toxice, infecțioase (v. personalitate).

Tulburările orientării autopsihice se caracterizează prin tulburarea conștiinței propriului eu, a propriei persoane, a continuității ei existențiale și a activității desfășurate de ea. În această stare, bolnavii trăiesc înstrăinarea ideilor, sentimentelor și acțiunilor proprii. *Depersonalizarea* exprimă deci tulburarea sentimentului existenței personale (vezi perso-

nalitatea). Ea trebuie distinsă întrucîtva de dezorientarea la propria persoană, în cadrul căreia bolnavii nu pot oferi date precise în legătură cu ei, iar în cazuri grave de alterare a conştiinţei, nu pot spune cine sînt, nu răspund cînd sînt chemaţi pe nume, adică îşi pierd total posibilitatea de recunoaştere a propriei identităţi.

ASPECTE NEUROFIZIOLOGICE ŞI TEORETICE ALE CONCEPTULUI DE CONŞTIINŢĂ

Problema empirică pe care şi-o pun laicii asupra localizării conştiinţei a preocupat întotdeauna pe cercetători, iar în epoca modernă neurofiziologi de prim ordin ca : H. Jackson, C. S. Sherrington, I. P. Pavlov, W. Penfield, O. Sager etc., au căutat să aducă lumini şi clarificări asupra acestei controversate probleme. Deşi astăzi nici oamenii de ştiinţă şi nici laicii nu mai cred în existenţa unui centru cerebral al conştiinţei, opiniile lui Penfield, bazate pe observaţii clinice şi experimentale, impun reluarea discuţiei asupra acestei probleme, cu atît mai mult cu cît interpretarea datelor clinice în certa lor obiectivitate a fost făcută de un neurochirurg şi neurofiziolog de o incontestabilă autoritate şi prestigiu ştiinţific.

Problema „centrului cerebral al conştiinţei", a ieşit din domeniul ipotezelor şi presupunerilor tinzînd spre obiectivizare cu patru decenii în urmă, cînd W. Penfield, în timpul unor operaţii neurochirurgicale, a constatat că în timpul stimulării electrice a unor regiuni din cortexul temporal, bolnavii retrăiau momente din antecedentele personale, petrecute cu mulţi ani în urmă, aveau halucinaţii vizuale (dinamice), auditive (verbale muzicale) sau prezentau stări de „déjà vu", „déjà vécu", precum şi stări opuse acestora („jamais vu", „jamais vécu").

Fenomenologia psihopatologică obţinută prin stimularea cortexului temporal a dus pe autori la concluzia că în această zonă s-ar face înregistrarea şi păstrarea experienţei trăite, că funcţionarea acestei zone ar putea readuce în cîmpul conştiinţei o experienţă trecută, după cum aici s-ar realiza compararea experienţei anterioare cu cea prezentă, ca şi interpretarea situaţiei prezente.

S-a conturat astfel ideea că stimularea electrică a cortexului temporal ar redeştepta o serie de imagini a unor evenimente sau acţiuni din trecutul îndepărtat şi, datorită facilitării transmiterii trans-sinaptice, ar creşte posibilitatea trecerii impulsurilor de la sistemul centrencefalic către regiunea temporală şi invers, de la aceasta către sistemul amintit. Cu alte cuvinte, prin stimularea temporală ar avea loc deschiderea ocluziilor sinaptice instalate de la momentul experienţei pînă în prezent, între centrencefal şi regiunea temporală. Această repermeabilizare sinaptică temporo-centrencefalică se face în aceeaşi măsură (după acelaşi model) în care au fost realizate impulsurile centrencefalo-temporale, fapt care se traduce pe plan clinic, psihopatologic, prin retrăirea (conform aceluiaşi model) a experienţei de odinioară, respectiv prin fenomenul „déjà vu", „déjà vécu").

Evidenţierea unor stări de perturbare a lucidităţii conştiinţei în cazul unor formaţiuni tumorale localizate la nivelul ventriculului III (prin observaţii ale lui Penfield, şi a altor autori ca F. J. Fulton, P. Bailey, S. Drăgănescu, O. Sager) cît şi o serie de date experimentale, au determinat pe Penfield să considere că această regiune, care cuprinde părţi din diencefal, mezencefal şi partea superioară a protuberanţei ar avea un rol în menţinerea conştienţei. Această regiune împreună cu fibrele aferente de la cortex a fost denumită de Penfield „sistem centrencefalic". Zonele amintite ar constitui, după el, baza neuronală a conştiinţei, iar activitatea lor ar determina natura conştiinţei.

Bazat pe datele observaţiei clinice (care pot fi reproduse experimental), Penfield afirmă că regiunea centrencefalică are conexiuni în lobul frontal (ilustrate prin crize de petit mal, care pot fi provocate prin descărcări cu punct de plecare în cortexul frontal), cu cortexul temporal (ilustrate prin crizele de automatism psihomotor) şi, în ultimă instanţă, cu toate ariile corticale (fapt ilustrat prin criza de grand mal, care poate fi determinată de descărcări paroxistice din orice regiune a cortexului cerebral).

Conform datelor sintetizate de Penfield, cortexul cerebral ar transmite în regiunea centrencefalică impulsurile aferente primite de la receptorii periferici, care după ce sînt selecţionaţi, organizaţi şi planificaţi sînt reproiectaţi la nivelul scoarţei cerebrale, unde se iniţiază desfăşurarea actului conştient. Cu alte cuvinte, sistemul centrencefalic nu şi-ar putea realiza funcţiunile sale în menţinerea conştiinţei decît în legătură cu scoarţa cerebrală, după cum scoarţa cerebrală nu poate realiza actele conştiente fără sistemul centrencefalic.

Teoria lui Penfield asupra rolului sistemului centrencefalic în edificarea şi menţinerea conştiinţei, a primit numeroase obiecţii. Astfel, perturbarea sau suprimarea conştiinţei din unele stări patologice, poate fi realizată şi fără integrarea excitaţiilor extero- sau interoceptive în regiunea centrencefalică, întrucît în compresiuni sau iritaţii ale ventriculului III sau zonelor învecinate se produce o perturbare sau o suprimare a transmisiei excitaţiilor senzitivo-senzoriale prin căile nespecifice către scoarţă. Această perturbare sau suprimare a impulsurilor nespecifice poate produce scăderea tonusului de excitabilitate a scoarţei, realizînd pe plan clinic starea confuzională. Pe de altă parte, suprimarea impulsurilor transmise pe căi nespecifice, realizînd scăderea tonusului de excitabilitate a scoarţei, face ca aceasta să nu mai poată percepe nici excitaţiile care vin pe căile specifice. Se realizează astfel o „desafe-rentare funcţională" corticală tranzitorie, cu imposibilitatea înregistrării informaţiilor extero- şi interoceptive, fapt ce explică hipomnezia şi respectiv amnezia lacunară a acestor momente.

În al doilea rînd, pierderea conştiinţei din petit mal a fost interpretată de Penfield ca fiind datorită descărcării centrencefalice, în urma unor impulsuri venite aici din zona lobului frontal. Se presupune însă, că suprimarea conştiinţei în aceste cazuri nu are loc prin simpla descărcare a nucleilor nespecifici din centrencefal, ci prin faptul că această

descărcare blochează transmiterea impulsurilor extero- și interoceptive care trec prin acești nuclei către scoarță. Descărcarea lor — întrerupînd impulsurile aferente amintite —, realizează o desaferentare corticală bruscă, evidențiată pe plan clinic prin pierderea conștiinței. Uneori desaferentarea poate să fie parțială (în timpul descărcării nucleilor nespecifici centrencefalici), permițînd astfel bolnavului să-și continue în mod automat activitatea (fără a conștientiza însă evenimentele care au loc în acest moment).

În plus, menționăm că în totalitatea lor, aceste formulări bazîndu-se doar pe date de neurofiziologie nu pot furniza informații decît despre baza fiziologică a conștiinței, despre mecanismele care stau la baza vigilității ei și ca atare, orice exces în a defini de pe aceste poziții conștiința, din punct de vedere psihologic și cu atît mai mult filozofic, ni se pare dacă nu mecanicist, cel puțin hazardat.

Cu toate acestea, datele mai sus prezentate de către Penfield, deși nu conving asupra sediului centrencefalic al conștiinței arată totuși că acest sistem (denumit de el centrencefalic) are un rol important în întreținerea tonusului de excitabilitate corticală, condiție a perceperii, integrării, depozitării și analizării excitanților exteroceptivi.

Trebuie menționat de asemenea că formațiunea reticulată nu servește numai drept cale nespecifică în transmiterea corticală a exteroceptiilor, ci și faptul că ea însăși se află sub influența impulsurilor cortico-subcorticale, care au asupra ei o acțiune facilitatorie (cînd acestea își au originea în zone corticale specifice) și o acțiune inhibitorie (cînd își au originea în zone corticale nespecifice).

Prin excitațiile nespecifice pe care le transmite, formația reticulată servește scoarța întreținîndu-i un anumit tonus de activitate; aceasta, prin impulsurile cortico-subcorticale, modelează activitatea formației reticulate care, în accepțiunea lui A. Huegelin și M. Bonvallet, devine un sistem aservit scoarței.

Studiile asupra zonei mezo-diencefalice, evidențierea rolului formației reticulate, a legăturilor reciproce pe care aceasta le realizează cu scoarța, confirmă, din perspectiva neuro-fiziologică, constatările psihofiziologice anterioare ale lui I. P. Pavlov.

Procesele fiziologice care stau la baza conștiinței sînt reprezentate, după I. P. Pavlov, de activitatea nervoasă superioară a unei anumite porțiuni din emisferele cerebrale, care se găsește la un moment dat în stare de excitabilitate optimă, în timp ce restul suprafeței emisferelor se află într-o stare de excitabilitate mai mult sau mai puțin scăzută. Zona de excitație optimă nu este înțeleasă de I. P. Pavlov ca o regiune fixă, ci ca o zonă în perpetuă mișcare, pe cuprinsul masei emisferelor cerebrale. În funcție de această mișcare, într-un moment sau altul, în cîmpul conștiinței („pata luminoasă a conștiinței") apare cu luciditate maximă un anumit cerc de reprezentări, cunoștințe, preocupări, în timp ce marea masă a cunoștințelor noastre se află la periferia cîmpului luminos al conștiinței avînd o luciditate scăzută.

Așa cum menționează G. I. Kosițki însă, noile date demonstrează că nu putem privi conștiința ca pe o funcție exclusiv corticală și că

„pata luminoasă“ despre care vorbea I. P. Pavlov ar trebui să cuprindă și formațiunea reticulată a trunchiului cerebral. Același autor afirmă, pe bună dreptate, că „sectorul sau punctul de activitate optimă a scoarței nu se poate limita la o *pată* sau sector, ci trebuie să înglobeze în sens spațial mase uriașe de scoarță, cuprinzînd totodată un număr imens de elemente corticale“ G. I. Kosițki (1963, p. 175). Fiind perfect de acord cu autorul citat, putem adăuga doar că I. P. Pavlov, deși nu a vorbit de substanța reticulată, nu a negat vreodată rolul tonic al regiunilor subcorticale și că însăși delimitarea tipurilor de activitate nervoasă superioară pe criteriul raportului dintre mecanismele cortico-subcorticale arată efortul lui de a înțelege unitar activarea creierului.

E. PROBLEME ALE TULBURĂRILOR PERSONALITĂȚII

Noțiunea de personalitate, acreditată cu cea mai largă circulație în psihologie ca și în psihopatologie, exprimă caracterul unitar, sintetic și totodată individual al insului. Sinteză a trăsăturilor psihice individuale, personalitatea își află sorgintea nu atît în predispoziții moștenite, cît mai ales în achiziții dobîndite în cursul evoluției social-istorice a omului. Promovînd atributele de unitate și sinteză, personalitatea cu greu poate fi definită, tocmai din cauza complexității sale. Mai mult, unii socotesc că personalitatea, ca și conștiința (Hamilton citat după H. Ey), nici nu pot fi definite. În acest sens se subliniază faptul că în limba engleză există 17 963 de termeni (Allport și Odberg), adjective sau substantive, prin care se încearcă a se caracteriza personalitatea. Allport a extras aproximativ 50 de definiții ale personalității, ilustrînd astfel atît dificultatea cuprinderii și exprimării sintetice a datelor, cît și aviditatea terenului acestui domeniu — prin excelență cel mai controversat — al psihologiei.

Cu toate acestea, termenul de personalitate este cel mai frecvent folosit dintre toate noțiunile de psihologie. Nu este vorba numai de folosirea sa expresivă, ci și de faptul că noțiunea este încărcată de semnificații și trezește multiple rezonanțe ; într-adevăr „sînt puține cuvinte care au atîta fascinație pentru publicul larg ca termenul de personalitate“ (C. Hall și G. Lindzey, 1957, p. 7).

Fără îndoială că preocupările și studiile în domeniul personalității au cunoscut această amploare, datorită necesității unei viziuni integrative asupra omului în stare de sănătate sau boală. Studiul personalității s-a dezvoltat și ca o replică la analitismul excesiv și interpretarea unilaterală și acontextuală asupra unor aspecte, funcții sau procese psihice.

Deși conceptul este cunoscut din antichitate, provenind de la cuvîntul latinesc „persona“ — care înseamnă „masca actorului“, el a fost folosit inițial, în psihiatrie, unde autorii vorbeau de „maladii ale personalității“, „dedublarea personalității“, „personalități psihopatice“ etc. Psihopatologia franceză în special a reușit să introducă în psihologie o serie de formule teoretice care să țină seama de manifestările normale și patologice ale personalității (D. Lagache și colab., 1965).

În afara legăturilor tradiționale între psihologie și medicină, a rolului imens pe care psihologia îl are nu numai în înțelegerea faptului medical cît și în desfășurarea actului medical, trebuie amintită asertiunea conform căreia „originea teoriilor personalității datorează foarte mult profesiei medicale și exigenței practicii medicale" Hall și Lindzey (1957, p. 4). Într-adevăr, inițiatorii celor mai interesante teorii ale personalității (P. Janet, S. Freud, C. G. Jung, McDougall, I. P. Pavlov ș.a.) nu au avut numai o instrucție de bază medicală, dar au și practicat în domeniul medical. Chiar dacă prin formația lor primară aceștia (ca și mulți alții) nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu, multe din observațiile lor constituind achiziții prețioase atît pentru psihologie, cît și pentru psihiatrie.

Terenul faptelor psihopatologice a permis cercetătorilor din domeniul personalității să formuleze, să caute și să construiască răspunsuri asupra unor probleme care cel puțin sub aspectul practicii și necesităților imediate „păreau a sta în inima științei psihologice de succes" (Hall și Lindzey, 1957, p. 5). Desigur din aceste întrebări nu puteau lipsi acelea ale etiologiei și patogeniei diverselor stări și sindroame, ale motivațiilor comportamentului aberant etc.

Spre deosebire de cercetătorii psihologiei analitice clasice, care manifestau o anumită rezistență față de ideile de unitate și sinteză asupra omului, teoreticienii personalității erau mai pragmatici în orientare și aveau mai multă dezinvoltură în interpretarea fenomenelor observate. Deși uneori construcțiile lor teoretice asupra structurii psihologice a insului erau doar orientative sau formate din elemente plauzibile și „apriori inteligibile" (K. Jaspers, 1959), ei se bazau în general pe faptele observației cotidiene, înălțînd edificiul teoriilor personalității pe cărămizile arse în focul „experimentului" pe care natura îl realiza cu mintea omului.

Bazați pe „experimentul realizat de boală, teoreticienii personalității s-au axat implicit pe aprecierea persoanei în contextul său natural și respectiv relațional. Astfel, fiecare teorie a personalității pledează, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru studiul conduitei în context, ceea ce impune, fără îndoială, aprecierea insului sub aspectul *integralității* și *sintetismului.*

În afara integralității și sintetismului, teoriile personalității mai pun accentul pe aspectul organizat al variabilelor insului.

Integralitatea, sintetismul și organizarea se realizează însă într-o manieră singulară, originală, fapt ce conferă unicitatea insului. Prin jocul potențialităților genetice, achizițiilor și influențelor social-istorice, el este construit și totodată se autoconstruiește în lumea sa ca o entitate unică, indivizibilă, irepetibilă. Căutînd un model general de structurare și organizare a insului, teoriile personalității ilustrează în același timp caracterul său inedit, originalitatea sa, aspectele particulare ale comportamentului său. Această achiziție modernă a personologiei nu este deloc străină medicinei, care a ridicat-o la rangul de principiu încă de la

începutul existenței sale, exprimind-o prin aforismul clasic „nu există boli, ci numai bolnavi" (Hipocrate), înțelegînd prin aceasta că, la fiecare, boala se dezvoltă nu numai în funcție de natura și intensitatea agentului patogen, dar și de reactivitatea bio-psihică a insului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă față de agresiunea psihică sau somatică, de experiența sa patologică, în ultimă instanță în funcție de personalitatea sa.

Ansamblul aspectelor psihice care definesc personalitatea nu trebuie înțeles și apreciat ca o sumă, întrucît datorită intercondiționării lor, realizează nu numai o entitate în manieră singulară, dar exprimă și aspectul esențial al acestei entități, caracterul ei tipic, notele sale caracteristice. În funcție de acestea, personalitatea constă „în cele mai importante lucruri pe care le putem spune despre persoană, lucruri care ne vor face s-o iubim sau s-o urîm" (R. Lazarus și Opton, 1967, p. 9).

Toate atributele mai sus menționate trebuie să prezinte însă o stabilitate relativă, caracterul lor stabil fiind conferit tocmai de aspectul esențial al datelor. Dar cum persoana înseamnă organizare subiectivă amplasată într-un context în continuă mișcare, ea beneficiază și de atributul dinamismului, în tendința sa spre o mai bună organizare, mai puternică și mai închegată structurare, spre o mai adecvată modelare pe asperitățile realității.

Sub aspect normal și patologic, personalitatea a fost analizată din punctul de vedere al dezvoltării, dinamicii, determinanței și descrierii (cei patru „D"). În felul lor, aceste teorii evidențiază stadialitatea structurării personalității, descriu sistemele ei stabile, perspectiva dinamică și calea funcționării acestor sisteme. Teoriile bazate pe *„criteriul determinanței"* consideră că factorii determinanți ai personalității cunosc o dublă origine putînd fi grupați conform celor două izvoare principale și anume : *factori genetico-psihici și factori socio-culturali.*

Caracteristicile în jurul cărora s-au grupat concepțiile despre personalitate au fost sistematizate de *Lagache* și colab. (1965, p. 8), aceștia evidențiind *ideea de totalitate, individualitate, unitate, stabilitate și ideea de concret-relativ.*

a) Atributul de *totalitate* evidențiază ansamblul obișnuințelor, atitudinilor și trăsăturilor insului și poate fi exprimată prin formula conform căreia personalitatea este organizarea dinamică a aspectelor cognitive, afective, conative (pulsionale și relaționale), fiziologice și morfologice ale insului. Întrucît însă, în această accepțiune, ideea de totalitate are un sens extensiv, referindu-se la întreaga activitate psihică, riscînd să piardă în favoarea genului proxim aspecte esențiale ce caracterizează diferența sa specifică, ea mai poate fi exprimată și în mod restrictiv prin formula după care personalitatea este „agregatul organizat al proceselor și stărilor psihologice pe care le arată un ins" (R. Linton, 1945, p. 78).

b) Teoriile grupate în jurul ideii de *individualitate* nu pun accentul îndeosebi pe variabilitatea interindividuală, pe existența diferențelor individuale, ci în special pe stabilitatea acestor diferențe de-a lungul existenței insului. Ideea individualității este redată de R. Hilgard (1967), care vede personalitatea ca o configurație de caracteristici și modalități comportamentale individuale, care determină adaptarea la mediu într-o manieră unică.

c) Ideea de *concret-relativ* este legată de ideea individualității și apreciază personalitatea sub unghiul similitudinilor curente și constantelor, care apar în

comportament de-a lungul timpului, şi pe valoarea predictivă a conduitei insului, ajutîndu-ne „să prezicem ce va face o persoană într-o situaţie dată“ (R. B. Cattell, 1950, p. 2).

d) Ideea de *unitate,* presupune relaţii funcţionale între părţi şi întreg, astfel încît unitatea nu este o simplă sumă a părţilor ; pe de altă parte, părţile nu sînt total independente între ele şi îşi pierd specificitatea atunci cînd sînt detaşate de întreg. „Această unitate, pe care o desemnează noţiunea de personalitate, este un produs calitativ diferit, care se elaborează procesual în cadrul evoluţiei sociale, istoriceşte condiţionată, a omului“ (M. Golu, 1968, p. 168).

Ideea de unitate este ilustrată de vechea definiţie a lui G. Allport (1937, p. 10), pentru care „personalitatea este organizarea dinamică a sistemelor psihologice ale unui individ şi care determină adaptarea sa originală la mediul său“. Ideii de unitate îi corespund toate teoriile personalităţii bazate pe conceptul de organizare ierarhică în niveluri funcţionale, din care întotdeauna ultimul, cel mai nou şi mai evoluat (dar în acelaşi timp cel mai fragil) asigură controlul ansamblului. Autorii teoriilor nivelurilor funcţionale ierarhice a personalităţii recunosc de altfel că însuşi sistemul nervos prin alcătuirea sa morfofuncţională, constituie un model în acest sens.

e) Ideea de *stabilitate* asigură permanenţa insului exprimată prin modul relativ constant de a se comporta în timp şi de a reacţiona în diferite împrejurări într-un mod asemănător, specific lui. Stabilitatea notelor sale esenţiale, şi constanţa conduitei sînt conferite de organizarea personalităţii ; ca atare, aici se includ atît teoriile personalităţii bazate pe trăsături, cît şi, mai ales, teoriile tipologice ale personalităţii. Unele din aceste teorii, împingînd la extrem ideea de stabilitate, au devenit preponderent statice, minimalizînd astfel ideea de dinamică a personalităţii.

Înainte de a trece în revistă în mod schematic încercările de sistematizare a tipurilor de personalitate, reamintim că aceasta este o rezultantă dinamică a tuturor însuşirilor psihice ale individului şi ca atare ea integrează şi toate celelalte funcţii de sinteză şi anume conştiinţa, temperamentul, caracterul şi intelectul.

Dintre acestea, temperamentul constituie una dintre funcţiile de sinteză care exprimă legătura strînsă şi am putea spune directă a particularităţilor înnăscute de reactivitate. Temperamentul exprimă în general particularităţile de grad, tempo, viteză şi intensitate a reacţiilor psihice şi motorii, fiind strîns legat de fondul dispoziţiei şi variabilităţii acesteia. Se consideră că el contribuie la definirea tipului particular de reacţie a subiectului, reprezentînd din acest punct de vedere complexul de particularităţi înnăscute şi căpătate ale individului. El ar constitui nucleul primitiv pe care se structurează caracterul, putînd fi la rîndul său modificat şi modelat de caracter. Fără a identifica temperamentul cu tipul de activitate nervoasă superioară, amintim că există deja părerea că ultimul (tipul de activitate nervoasă superioară) stă la baza temperamentului.

După unii autori (A. A. Smirnov şi colab.), temperamentul ar reprezenta tipul de activitate nervoasă superioară la nivelul comportamentului şi activităţii omului.

De asemenea trebuie înţeles că temperamentele nu pot fi împărţite în pozitive şi negative, fiecare dintre ele avînd avantajele şi dezavantajele lor. Astfel, în timp ce *colericul* acţionează mai uşor, cu energie, repede şi prompt, *flegmaticul* se gîndeşte mai mult, păstrîndu-şi calmul şi sîngele rece în împrejurări grele. De asemenea, mobilitatea, vioiciunea şi promptitudinea sangvinicului, liniştea şi

lipsa de grabă a flegmaticului, energia colericului, profunzimea și stabilitatea sentimentelor melancolicului constituie calități de netăgăduit.

Apreciind dezavantajele unor trăsături temperamentale sangvinicul poate să aibă înclinație spre a intra în acțiune fără a gîndi suficient ; contrar lui, flegmaticul poate să manifeste oarecare apatie în a acționa, poate să nu participe la ceea ce îl înconjură și-l solicită ; colericul se poate manifesta ca un om nestăpînit, brutal, iar melancolicul poate manifesta tendința de a se cufunda în propriile trăiri, devenind ermetic la realitatea care-l înconjură. Cunoscînd în noi și în alții trăsăturile temperamentale ce ne sînt sau le sînt caracteristice, trebuie să utilizăm întregul arsenal instructiv-educativ, nu pentru a schimba fondul temperamental, ci pentru a mobiliza ceea ce este mai pozitiv și mai eficient tipului temperamental, pentru a crește capacitatea de adaptare la condițiile colectivității umane a fiecărui subiect.

Amintim că încă din antichitate unul dintre criteriile de sistematizare a tipurilor de personalitate a fost legat de particularitățile temperamentale, de aspectele morfologice ale corpului cît și de aspectele clinice a unor boli sau chiar după predilecție spre o anumită boală. Astfel, Hipocrate distinge structura apoplectică și structura ftizică (predispus spre tuberculoză) ; Galen a folosit în tipologia sa criteriul fiziologic și a delimitat cele patru tipuri de temperament. El a corelat „predominanța sîngelui" cu temperamentul sanguinic, „predominanța limfei", cu temperamentul limfatic (flegmatic), „predominanța bilei galbene" cu temperamentul coleric, iar a „bilei negre" cu temperamentul melancolic.

Această sistematică și-a găsit reflectarea în tipologia mult mai evoluată a tipurilor de activitate nervoasă superioară ale lui I. P. Pavlov, care a folosit criteriul intensității, echilibrului și mobilității proceselor de excitație și inhibiție. Astfel, din punct de vedere al intensității, tipul de activitate nervoasă superioară poate fi puternic sau slab ; din punct de vedere al echilibrului, el poate fi echilibrat sau neechilibrat, iar din punct de vedere al mobilității, tipul de activitate nervoasă superioară poate fi mobil sau inert.

Prin corelația intensității, echilibrului și mobilității se pot obține următoarele tipuri de activitate nervoasă superioară : puternic echilibrat mobil, puternic echilibrat inert, puternic neechilibrat și slab.

Desigur, prin combinarea în continuare a celor trei însușiri fundamentale ale sistemului nervos, se pot obține mai multe formule tipologice, minuțios studiate și descrise de P. Popescu-Neveanu (1961).

Cele patru tipuri de bază ale activității nervoase superioare, caracterizate prin trăsături psihologice pot fi considerate ca superpozabile tipologiei antice a temperamentelor descrise de Galen.

	Intensitate	Echilibru	Mobilitatea	Temperament
tip a.n.s.	puternic	echilibrat	mobil	sanguinic
			inert	flegmatic
		neechilibrat		coleric
	slab			melancolic

Deși trăsăturile psihologice ale acestor temperamente sînt cunoscute, redăm succint aspectele lor esențiale, așa cum le aprecia Pavlov : „pentru melancolic, orice fenomen al vieții devine un agent inhibitor", deoarece melancolicul nu crede în nimic, nu speră nimic, în toate vede numai răul și se așteaptă numai la rele, la primejdii. Tipul coleric este un tip combativ, agresiv, ușor și repede iritabil. La mijloc stau temperamentele flegmatic și sangvinic, echilibrate, deci sănătoase, tipuri nervoase rezistente și într-adevăr viabile, oricît ar fi ele de variate după aspectul exterior. Flegmaticul este un tip liniștit, întotdeauna egal, un muncitor perseverent și dîrz în viață. Sangvinicul este un tip aprins, un activist foarte

productiv, dar numai atunci cînd are de făcut lucruri multe şi interesante, adică atunci cînd îl stimulează o excitaţie permanentă. Cind nu are un asemenea lucru, el devine plictisit, apatic" (Pavlov, Experienţa a 20 de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor, 1953, p. 396).

De fapt, ceea ce în accepţiunea neuro-fiziologică este denumit tip de activitate nervoasă superioară are la I. P. Pavlov drept corespondent în accepţiunea psihologică, noţiunea de temperament.

E. Kretschmer edifică o tipologie bazată pe analiza cazurilor din clinica psihiatrică, înfăţişînd trei tipuri principale şi unul secundar. El delimitează : *tipul picnic* sau *ciclotim* (caracterizat prin predominanţa diametrelor transversale asupra celor longitudinale, avînd trăsături psihologice care amintesc ciclotimia şi într-o eventualitate patologică ar fi predispus psihozei maniaco-depresive) ; *tipul leptosom* (debil, delicat sau schizotim, se caracterizează prin predominanţa diametrelor verticale faţă de cele orizontale, prin trăsături psihologice ce amintesc schizotimia, iar într-o eventualitate patologică ar fi predispus schizofreniei) ; *tipul atletic*, vîscos (distins prin dezvoltarea predominantă a sistemului osteomuscular, prin trăsături psihologice care asociază vîscozitatea cu explozivitatea, iar într-o eventualitate patologică ar fi predispus epilepsiei genuine, esenţiale) ; *tipul displastic* (caracterizat în general prin dismorfie, este puţin conturat sub aspect psihologic, iar într-o eventualitate patologică ar fi predispus de asemenea epilepsiei).

Pe lîngă limitările comune tuturor tipologiilor, sistematica lui Kretschmer analizează trăsăturile psihologice, corespunzătoare entităţilor morfologice, căutînd corespondenţa acestora în domeniul patologiei psihice. J. Delay şi P. Pichot consideră că tipologia lui Kretschmer, în ciuda criticilor aduse, stabileşte existenţa unei corelaţii între aceste tipuri şi psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia hebefrenică, epilepsia esenţială (J. Delay, P. Pichot, 1964, p. 341).

Fiind întrutotul de acord cu aprecierile date de aceşti doi iluştri psihiatri francezi, amintim doar că este greu să limităm fenomenele psihopatologice esenţiale (şi mai ales cele dominant endogene) la fatalismul unor decompensări ale personalităţii premorbide şi să considerăm, ca şi Kretschmer, că schizofrenia sau psihoza maniaco-depresivă reprezintă doar nişte exacerbări cantitative ale unor trăsături ale acesteia (adică a personalităţii premorbide).

În structura personalităţii intră caracterul şi intelectul. Noţiunea de caracter este aproape tot aşa dacă nu şi mai mult utilizată decît cea de personalitate în limbajul obişnuit. Astfel, pentru a edifica calităţile specifice ale unui om, auzim adesea expresii ca : „este un om de caracter", „are un caracter bun" sau invers „este lipsit de caracter", „are un caracter infect", „rău", „duplicitar" etc. *Prin caracter am înţelege deci acel complex unitar de trăsături distinctive, care diferenţiază personalităţile între ele după criteriul atitudinii faţă de sine şi faţă de cei din jur, după orientarea conştiinţei, conţinutul gîndirii, valoarea sentimentelor şi a capacităţii de voinţă.* Caracterul cuprinde astfel o serie de trăsături determinate istorico-social şi exprimate în atitudinea faţă de societate, faţă de colectiv, faţă de muncă (inclusiv faţă de instruirea personală), faţă de persoana proprie. De valoarea caracterului depinde *comportarea, care este de fapt un sistem de relaţii în acţiune, care determină în fiecare moment al vieţii conştiente atitudinea practică şi specifică a subiectului faţă de realitatea înconjurătoare.* În funcţie de posi-

bilitatea de a regla conștient întreaga activitate și de capacitatea de a înlătura greutățile, se vorbește de trăsăturile voluntare puternice sau slabe ale caracterului, de caracter ferm, puternic sau de caracter nehotărît, slab, laș etc.

Orientarea conștientă a laturilor operative ale caracterului este în interdependență permanentă cu experiența căpătată, cu preocuparea permanentă de îmbogățire a cunoștințelor despre lume și viață dublate de capacitatea de a se autoeduca și de a contribui la educația altora. Din aceste relatări ne dăm seama de importanța dezvoltării intelectului, *adică a capacității individului de a înțelege, gîndi și aprecia raporturile dintre el și lumea înconjurătoare.* Este ușor de înțeles că această capacitate este în funcție de bagajul de cunoștințe și de gradul de instruire al fiecărei persoane.

Situată la „frontiera psihopatologiei conștiinței și a personalității" (S. Follin, cit. L. Michaux, 1965), depersonalizarea este prezentată în accepțiuni variabile de către diferiți autori. Descrisă de Krishaber în 1873 ca o „nevropatie cerebro-cardiacă", această stare și-a îmbogățit treptat conținutul fiind tot mai bine delimitată și mai realist prezentată în lucrările de psihiatrie. Considerăm însă că depersonalizarea nu poate fi definită, ci mai degrabă descrisă, redată, întrucît ea nu semnifică un simptom, un sindrom sau o entitate nozologică ; depersonalizarea este o stare. Menționăm în același timp că P. Janet (care a studiat ulterior depersonalizarea în cadrul psihasteniei, fără a fi descris-o, așa cum afirmă), considera că aceasta „nu este o stare, ci un moment de evoluție".

Apreciem că elementul esențial al depersonalizării este impresia de schimbare, pe care cel în cauză o descrie în mod atît de variabil.

Într-o apreciere generală și didactică, se poate afirma că depersonalizarea poate viza în mod predominant impresia de schimbare psihică („desanimare") sau impresia de schimbare somatică (desomatizare).

De intensitate variabilă, depersonalizarea este redată de cel în cauză prin sentimentul anxiogen al modificării propriului eu. Întrucît bolnavii nu au un element precis de referință, ei descriu această stare prin denominativul „ca și cum", „ca atunci cînd" n-ar mai fi ca cel dinainte, n-ar mai fi sigur de propria identitate, iar în cazuri mai severe ca și cum nu s-ar mai recunoaște. Acești bolnavi „au impresia că nu mai sînt ei, caută să se regăsească pe ei înșiși, par a fi pierdut simțul unității persoanei lor, simțul propriei existențe" (Constanța Parhon-Ștefănescu, 1962, p. 114).

Această impresie de schimbare a propriei existențe este prezentată de bolnavi prin sentimentul de vid interior, de hipobulie, de indecizie în acțiuni, de încetinire a cursului vieții psihice, de viață „au ralenti", de dificultate în deliberare, de irealitate a reminiscențelor și ideilor, de devalorizare, de modificare a afectelor, de diminuare a forței de rezonanță afectivă, uneori de dispariție a afectivității („sentimentul lipsei de sentiment"), iar în cazuri mai grave sentimentul de dedublare (în care bolnavul asistă ca un spectator la desfășurarea propriei sale vieți),

sau prin sentimentul de moarte psihică (în care el este în același timp „viu și mort"). În concluzie, putem afirma că starea de depersonalizare se traduce (mai corect spus se trăiește) prin impresia de inautenticitate a trăirilor. Această modificare, deși greu obiectivabilă (dar care acționează cu o remarcabilă forță de penetranță), atinge forul intim al insului, subiectivitatea sa profundă. Din această cauză, starea este trăită pe fundalul unei profunde îngrijorări și reunește (ca în nici un alt moment de trăire patologică), anxietatea, perplexitatea și stranietatea.

Întrucît bolnavul nu este (încă) un alienat, ci doar invadat de forțele psihopatogenetice, întrucît beneficiază de izvorul socio-genetic și în consecință de forța corectoare a realității, el se întreabă și în același timp întreabă pe cei din jur spre a se convinge de „realitatea" straniei sale schimbări.

Atunci cînd depersonalizarea este trăită în mod predominant pe plan somatic (și este denumită desomatizare sau depersonalizare somatică), alterarea psihopatologică este mai profundă, întrucît se deplasează din planul subiectivității psihice în acel al obiectivității corporale. În această situație, ea este trăită și redată prin impresia modificărilor sau schimbărilor unor segmente corporale (în special capul și fața), sau a schemei corporale în ansamblu. Uneori bolnavii au impresia devitalizării propriului corp, că viața s-ar fi retras din el, sau că sînt în iminență de a trece în neființă.

Atît în cazul desanimației, cît și acela al desomatizării, bolnavii sînt antrenați în efortul regăsirii de sine. În afara verificărilor întreprinse, ei sînt preocupați tot mai intens de analiza propriei lor schimbări, alunecînd astfel într-o verificare introspectivă, care, departe de a-i elucida, le accentuează tendințele de interiorizare și-i îndepărtează de real.

În manifestările sale discrete (abia perceptibile de către subiectul în cauză), depersonalizarea poate fi întîlnită și în situații nepsihiatrice, ca surmenaj, stări afectiv-negative reacționale, momente de scădere a vigilității, ca în trecerea de la veghe la somn etc.

În stările depresive, depersonalizarea nu are caracterul global sub care îndeobște este cunoscută, ci se manifestă sub un unghi relativ îngust, care vizează în special diminuarea forței de vibrare afectivă sau impresia de golire și lipsa de sentiment.

În bufeurile delirante acute, depersonalizarea se referă în special la modificarea și dezintegrarea cîmpului conștiinței și se manifestă în special prin perplexitate.

Prin invazia elementelor morbide, prin conștiința caracterului parazitar și patologic, prin lupta împotriva lor, psihastenia este însă boala ce poate oferi exemplul tipic al depersonalizării, cu atît mai mult cu cît, aici, ea se desfășoară pe fondul deplinei clarități a conștiinței.

Debutul psihozelor și în special al schizofreniei oferă prin excelență teren de manifestare a sentimentului depersonalizării. Considerăm că în mod univoc, înainte de a intra pe făgașul psihotic, înainte de a se desprinde de țărmul realității în alunecarea-i catatimică, bolnavul prezintă în manieră și amplitudine variabilă această impresie de schimbare. Anxiogenă, trăită cu sentimentul stranietății, constantă oricărui

debut psihotic, depersonalizarea este în același timp intens disimulată. Considerăm că spre deosebire de nevroze (inclusiv nevroza obsesivo-fobică), în care asemenea bolilor somatice, simptomul (invazia patologică) vine parcă din afară, determinînd insul la reacții de apărare (neacceptarea stării de boală, consultarea medicului, respectarea tratamentului), aici, în cazul depersonalizării, elementul psihopatogenic se dezvoltă din interior, din esența vieții sale psihice, din nucleul psihismului său, fapt care determină perplexitatea, căutarea introspectivă și în ultimă instanță alunecarea delirantă, psihotică. Din aceste motive, aprecierea corectă și oportună a stării de depersonalizare este esențială pentru psihopatolog și mai ales pentru psihiatrul clinician, întrucît cunoașterea ei precoce, — piatra de încercare în diagnoza psihiatrică — constituie chezășia corectei orientări terapeutice.

În sfera depersonalizării, în formele accentuate ale acestei stări, poate fi inclus și sindromul automatismului mental descris de Clérambault (1926), sindrom ale cărui elemente constitutive (pseudohalucinațiile) au fost magistral descrise de către Kandinski (fapt pentru care noi utilizăm nomenclatura de sindrom Clérambault-Kandinski (vezi sindromul de automatism mental).

Întîlnită de obicei în aceleași situații ca și depersonalizarea, derealizarea reprezintă *impresia (sentimentul) de înstrăinare*, îndepărtare și nonfamiliaritate a realității trăite, care-i apare bolnavului ca iluzorie, ireală, uneori inertă, cu un colorit cenușiu (vezi semiologia conștiinței).

Considerăm că derealizarea, care trebuie întotdeauna apreciată în strînsă legătură cu depersonalizarea, se exprimă prin aceeași pierdere a autenticității și a receptivității psihosenzoriale, a ambianței de care bolnavul se simte separat ca printr-un perete de sticlă.

În timp ce în cazul depersonalizării era vorba de o schimbare a propriului psihism, în derealizare este vorba de aceeași impresie de schimbare, dar acum a realității externe, care pentru persoana în cauză și-a pierdut caracterul viu, originalitatea și autenticitatea.

2. ASPECTE ALE TULBURĂRILOR PSIHICE ÎNTÎLNITE ÎN CLINICA PEDOPSIHIATRICĂ

În copilărie și adolescență fiecare nouă etapă de vîrstă se caracterizează prin particularități psiho- și neurofiziologice proprii, printr-un nou fundal motivațional și noi necesități relaționale. Datorită acestui fapt, schimbările psihofiziologice care se produc în organism, odată cu trecerea prin diferite perioade de vîrstă, au un caracter specific etapei cronologice date. Uneori, aceste schimbări cunosc o mai mare amplitudine marcînd saltul calitativ în etapa cronologică dată, dar ele nu trebuie apreciate ca înscriindu-se în aria psihopatologiei, ci doar ca dificultăți de integrare în noile condiții neuro-psiho-fiziologice ale organismului imatur, aflat într-un continuu efort adaptativ.

De asemenea, în funcție de vîrstă, se schimbă tipul de reacție al sistemului nervos față de varietatea stimulilor interni sau externi, reali-

zîndu-se totodată — pentru fiecare etapă — o receptivitate diferită și pentru diverse stressuri emoționale sau organice. Întrucît reactivitatea — ca și posibilitățile adaptative — sînt specifice unei anumite etape cronologice, o caracteristică de bază a psihologiei infantile este aceea a concordanței între reacțiile și conduita copilului, pe de o parte și exigențele pe care statutul — general admis — al vîrstei respective le impune. Astfel, anumite posibilități cognitive sau comportamentale pot fi apreciate ca normale pentru o anumită etapă de vîrstă, dar anormale pentru etapa următoare, cînd, datorită complexității perioadei, posibilitățile respective rămîn insuficiente, marcînd întîrzierea iar uneori, regresiunea.

ASPECTE ALE SEMIOLOGIEI SENZORIALITĂȚII

În afara aprecierii senzorialității în funcție de vîrstă — după care aceasta cîștigă progresiv claritate, precizie și complexitate —, trebuie reținut faptul că la copil, percepția reală se împletește în măsură variabilă cu percepția fantastică. Acest fapt poate primi o explicație psihofiziologică prin inegalitatea dezvoltării celor două sisteme de semnalizare (al 2-lea sistem de semnalizare, care operează corector, fiind mai puțin dezvoltat) și o explicație psihologică după care, la copil, percepția este prelucrată conform temerilor și dorințelor sale. Mai ales în prima copilărie (la antepreșcolar, perioada 1—3 ani), ca și la preșcolar, în activitatea ludică (jocuri) nu se face o distincție clară între realitate și produsele fanteziei, realizîndu-se o conduită ce constituie expresia fuziunii realului cu imaginarul. Astfel, *Kanner* afirmă despre copil că el nu minte atunci cînd în jocul său de-a poștașul distribuie drept scrisori, bucăți de hîrtie sau frunze ; uneori din necesitate, el conferă produselor sale imaginative girul realității. Dovada acestei necesități constă în faptul că în timpul jocului, copilul nu face efortul de a distinge realul de imaginar, cu toate că, dacă este întrebat, el știe să facă această deosebire. Substituirea unor aspecte din realitate — întîlnite în activitatea ludică a copiilor — este comună într-o oarecare măsură iluziilor, întrucît, asemenea acestora, imaginarul este luat cel puțin pentru un moment, drept real.

În aceste condiții, se poate vorbi de existența unor *iluzii* fiziologice, caracteristice perioadelor antepreșcolară și preșcolară. Treptat, ele diminuă pierzînd din caracterul lor fantastic, pentru ca în mod normal să dispară după vîrsta de 6—7 ani. Tensiunea afectivă și frica pot constitui sursa cea mai frecventă a experiențelor iluzionale. Astfel, seara, după unele povestiri terifiante, copilul impresionabil și imaginativ rămas singur, de obicei în condițiile unei lumini insuficiente, poate conferi un conținut fals, unor anodine percepții senzoriale. În timpul stărilor febrile poate apare, de asemenea, perceperea iluzională a mediului înconjurător, obiectele apărînd deformate, cu aspect înfricoșător.

În psihopatologia infantilă sînt relativ frecvent întîlnite *imaginile eidetice*, situație în care copilul are impresia (quasi perceptuală) că vede reproiectat în exterior un obiect, o fotografie sau o situație, anterior

expuse. Considerăm că acest fenomen nu poate fi interpretat strict patologic, deoarece la copil există „o remanență" a imaginilor perceptive anterioare, o capacitate eidetică mai mare decît a adultului, care este cu atît mai evidentă, cu cît copilul este de vîrstă mai mică. Astfel, dacă se expune o imagine timp de cîteva secunde, mulți copii o pot descrie ca și cum ar fi prezentă. Frecvența și pregnanța acestor imagini întîlnite în mod obișnuit în preșcolaritate, scad progresiv cu înaintarea în vîrstă, dispar în general după pubertate, fiind susceptibile de a apare — cu o mai mare vivacitate — în stări reactive și reacții isterice.

Imaginile eidetice se deosebesc în general cu greutate de halucinații, această dificultate fiind sporită atunci cînd este vorba de copil. Redăm după Lukianowicz, următoarele criterii distinctive :

a) imaginile eidetice sînt incomparabil mai frecvente decît halucinațiile ;

b) ele nu sînt patologice în sine, putînd apare atît în situații normale, cît și în stări patologice, în timp ce halucinațiile, manifestări senzoriale grave, constituie de obicei, expresia unei stări psihotice ;

c) imaginile eidetice pot fi controlate volițional, pot fi „chemate" și înlăturate de copilul în cauză, în timp ce halucinația are o apariție intempestivă și o existență „autonomă" față de dorința sau voința pacientului ;

d) imaginile eidetice sînt mai puțin intense și datorită caracterului lor „facultativ" nu subordonează și nu determină conduita, în timp ce halucinațiile stăpînesc pe deplin personalitatea copilului, care le acceptă, crede în autenticitatea lor și le urmează cînd acestea au un caracter imperativ ;

e) copilul este convins de caracterul artificial (epifenomenal) al imaginilor eidetice, în timp ce, în cazul halucinațiilor, copilul acceptă experiența sa psihopatologică ca o parte a realității și reacționează în consecință.

În pedopsihiatrie există o gradualitate a productivității senzoriale, *jocurile halucinatorii* (Kanner) fiind fenomenele psihopatologice intermediare între imaginile eidetice și halucinațiile propriu-zise. Asemenea imaginilor eidetice, jocurile halucinatorii, departe de a fi simțite ca impuse, xenopatice, sînt „create" de copil, care crede (pentru a da conținut activității ludice) în autenticitatea lor numai atît timp cît durează jocul, cînd se lasă în voia productivității imaginative. Astfel, încă din primul an de viață, copilul poate fi observat manipulînd obiecte imaginare sau alimentîndu-se în mod imaginar. Ulterior, în perioada antepreșcolarității și preșcolarității, în unele momente copiii își aleg, pentru a putea realiza activitatea lor ludică, parteneri imaginari cu care conversează și față de care adoptă conduita impusă de condițiile și regulile jocului.

Halucinațiile propriu-zise au ca particularitate în pedopsihiatrie, caracterul pregnant dinamic, succesiunea caleidoscopică și aproape întotdeauna alura fantastică. De asemenea, într-o mai mare măsură decît la adult, elementele halucinatorii — în dinamismul lor continuu — an-

trenează pe copil, îl atrag, îl cheamă, îl agresionează, îl răpesc, iar acesta, în tendința sa de apărare, solicită ajutorul adultului.

Ca și la adult, manifestările halucinatorii pot cuprinde orice sistem senzorial, fiind vizuale, auditive, tactile, kinestezice și, mai rar, gustative și olfactive. Însă spre deosebire de adult, la care cel mai frecvent se întîlnesc halucinații auditive, la copil, pe locul întîi în ordinea frecvenței se află halucinații vizuale, fapt care ar putea fi explicat prin aceea că în copilărie predomină primul sistem de semnalizare, pe cînd în viața adultă predomină al doilea sistem de semnalizare.

Dacă sub aspectul conținutului — extrem de variat —, aceste halucinații nu se deosebesc de ale adultului, din punct de vedere al rezonanței afective, ele au o mai mare forță de angajare, pe de o parte datorită labilității afective și impresionabilității copilului, iar pe de altă parte datorită caracterului în general terifiant-fantastic al manifestărilor halucinatorii.

Spre deosebire de viața adultă în care psihozele, și în special schizofrenia, oferă teren predilect productivității halucinatorii, în copilărie halucinațiile se întîlnesc mai ales în stările febrile, în bolile infecțioase (rujeolă, scarlatină), în intoxicații mai ales de origine exogenă-medicamentoasă (santonină, atropină etc.), ca și în supradozarea unor medicamente care ar fi susceptibile de a produce halucinații liliputane. De reținut, că în timpul tratamentului îndelungat sau supradozat cu produși cortizonici, utilizați în afecțiunile reumatismale, apar frecvente tulburări senzoriale. Au fost descrise psihoze reumatismale în cursul cărora s-au constatat halucinații auditive, deseori cu caracter imperativ. Datorită acestui fapt, în astfel de cazuri, pedopsihiatrul trebuie să facă distincția între natura toxică sau infecțioasă a productivității psihotice senzoriale. În aceste situații halucinațiile se dezvoltă de obicei pe fondul unei conștiențe tulburate, putînd fi acompaniate de elemente delirant-oneiroide, precum și de semnele afecțiunii somatice care le generează.

De asemenea, manifestări halucinatorii mai pot fi întîlnite în meningo-encefalite, psihoze traumatice, în tumori sau epilepsie (unde pot da conținut atît aurei epileptice, cît și crizelor psihosenzoriale).

La vîrsta copilăriei, halucinațiile mai pot fi întîlnite în momente de mare acuitate a manifestărilor isterice, constituind paroxisme psihosenzoriale în cadrul acestor crize.

În schizofrenia infantilă, imaginile halucinatorii au deseori un caracter parțial sau fragmentar, apărînd sub forma de capete, ochi fioroși, mîini desprinse de cap ș.a.

În autismul infantil, mecanismul tulburărilor senzoriale poate consta în aprecierea bidimensională a obiectelor și figurilor din realitate, în faptul că cel în cauză nu poate sesiza corect detașarea imaginii de fond, nu poate realiza individualitatea diverselor obiecte. De asemenea, productivitatea psihotică ar putea fi generată în aceste cazuri și de imposibilitatea realizării a ceea ce putem numi „inserție spațio-temporală", copiii respectivi neputînd sesiza nici contiguitatea obiectelor din jur și nici continuitatea și succesiunea în timp a fenomenelor.

Aceste elemente distinctive și particulare ale manifestărilor halucinatorii din diverse entități nozologice, ridică în planul reflexiei științifice nu numai ideea naturii diferite a halucinațiilor, ci și a unor mecanisme diferite de producere a lor. Evident, cu greu se poate stabili natura halucinației (și implicit boala de bază) pornind de la conținutul și manifestările acesteia. Dar, fenomenologia psihotică senzorială poate oferi unele indicii asupra bolii generatoare.

Pseudohalucinațiile au o poziție incertă (uneori contestată) în pedopsihiatrie, întrucît copilul și cu atît mai mult copilul bolnav, nu are posibilitatea redării experiențelor sale psihopatologice ; în consecință, el nu poate face distincția clară între caracterele halucinațiilor propriuzise și cele ale pseudohalucinațiilor. Unii autori conferă o notă de benignitate pseudohalucinațiilor la copii. Astfel, Suhareva consideră chiar că acestea pot fi întîlnite la cei impresionabili și hipersugestibili, fără a fi vorba de o psihoză subiacentă.

În general, halucinațiile la copii au fost interpretate ca o exteriorizare și proiecție a fricii și conflictelor copilului aflat în stare de anxietate și insecuritate. După alți autori, halucinațiile ar reprezenta un mecanism de evadare, în efortul de eludare a fricii și anxietății de care e stăpînit copilul. În sfîrșit, productivitatea senzorială ar mai putea fi interpretată ca un mecanism compensator de împlinire a dorințelor copilului ca produse imaginative ale fanteziei sale, în vederea obținerii unor satisfacții care i se refuză în viața reală.

ASPECTE ALE TULBURĂRILOR PROSEXICE

Dezvoltarea senzorialității determină, susține și întreține funcția prosexică ale cărei prime indicii pot fi constatate în a 2-a lună de viață ; după 4 luni se pun bazele elementare ale curiozității, care la rîndul ei contribuie la edificarea capacității de orientare și concentrare. Dacă înainte de un an atenția copilului este stimulată de activitatea concret-senzorială (mînuirea jucăriilor etc.), după această vîrstă atenția se dezvoltă pe fondul relațiilor copiilor cu anturajul. Urmărind conduita celor din jurul său (mimica, pantomimica, discuțiile), el își dezvoltă capacitatea de mobilizare, menținere și concentrare a atenției. Cu toate acestea, atenția primei copilării este predominant spontană, involuntară, puțin persistentă.

În a 2-a copilărie, atenția fiind antrenată de interese, preferințe, dorințe, aceasta își dezvoltă volumul, concentrarea și persistența, punîndu-se astfel bazele atenției voluntare. Activitatea ludică, care ocupînd un loc tot mai important în viața copilului, devine în același timp un mijloc excelent de antrenare și dezvoltare a funcțiilor prosexice și în primul rînd a mobilității și distribuției acestora.

În a III-a copilărie se dezvoltă componenta voluntară și capacitatea de mobilizare a atenției. În această perioadă, aprecierea clinică și psihometrică a funcției prosexice, poate orienta pe cercetător asupra eventualelor tulburări psihice ale copilului, manifestate în primul rînd prin *instabilitatea atenției* ; astfel unii copii sînt neatenți, distrați și în general instabili, expresie a tulburării de comportament. La alții, *neatenția*

se manifestă prin caracterul lor pasiv, „absent“ sau introvertit, ca expresie a unei stări discordante etc. Desigur *hipoprosexia* sau *aprosexia* (în special scăderea forței de mobilizare și menținere a atenției) poate să exprime — în situații normale — o lipsă de interes pentru activitatea respectivă, sau o insuficientă dezvoltare cognitivă la copii cu intelect de limită sau oligofreni.

De remarcat, că la unii copii cu instabilitate psihomotorie, sau la unii oligofreni (microcefali), care au un comportament vioi, mobil și continuu investigator, instabilitatea sau labilitatea atenției este, într-o oarecare măsură, determinată de un „reflex de orientare“ exagerat.

ASPECTE ALE TULBURĂRILOR MNEZICE

Forța mnezică a copilului cunoaște posibilități variate și distincte de la o perioadă la alta a dezvoltării sale. Datorită acestui fapt, în aprecierea tulburărilor mnezice trebuie să se țină seama de etapa cronologică a dezvoltării copilului, întrucît, posibilitățile optime pentru o anumită perioadă, sînt insuficiente pentru perioada următoare. Datorită acestui fapt se impune, o privire retrospectivă asupra dezvoltării ontogenetice a funcțiilor mnezice într-o măsură mai mare decît în cazul celorlalte procese psihice. Astfel, în primul an de viață memoria are un caracter pregnant, involuntar și concret, copilul putînd reține figura persoanelor apropiate, a obiectelor folosite, recunoscînd vocea mamei, a membrilor familiei etc. Manifestarea unor gesturi și preferințe este o ilustrare a posibilităților de conservare mnezică a unor aspecte din experiența sa concret senzorială.

La antepreșcolari (prima copilărie), se dezvoltă procesul reținerii (avînd un puternic caracter afectiv), forța sa mnezică fiind în directă și univocă legătură cu încărcarea afectivă și semnificația care o are pentru el situația de memorat.

La preșcolari (în a II-a copilărie), perioada cuprinsă între 3 și 6 ani, activitatea ludică impune funcției mnezice un caracter voluntar ; jocul obligă pe copil nu numai să fixeze și să rețină, ci și să recunoască și mai ales să reproducă anumite aspecte impuse de exigența sarcinilor ludice.

La școlar, sarcinile procesului instructiv-educativ dezvoltă aspectul volițional al memorării. Se dezvoltă astfel învățarea, care spre deosebire de memorare, este prin excelență un proces dirijat voluntar și conștient, ceea ce permite nu numai acumularea și reținerea, ci și sistematizarea, ordonarea și prelucrarea cunoștințelor.

Sub aspect formal, tulburările memoriei la copil sînt în general asemănătoare cu cele de la adult și se întîlnesc în general în aceleași entități nozologice.

Ca o situație specială în pedopsihiatrie, este rămînerea în urmă a dezvoltării mnezice care, alături de insuficienta dezvoltare a gîndirii, ilustrează oligofrenia. De asemenea, sub aspectul modificărilor predominant cantitative, memoria copilului poate cunoaște și o regresiune a dezvoltării, situație întîlnită în demența infantilă (Haller), în demența

epileptică, în traumatismele cranio-cerebrale sau în demența consecutivă meningoencefalitelor.

Capacitatea de fixare mnezică este tulburată, în grade variabile, în nevroze și în special la copiii cu nevroze mixte, la instabili sau la unii copii cu tulburări de comportament.

Într-o măsură mai mare decît la adult, hipomnezia copilului este întîlnită în mod predominant în reținerea cifrelor sau cuvintelor și frazelor, manifestîndu-se astfel cu o quasielectivitate într-un anumit sector.

Atît în hipomnezie cît și în amnezie, cu greu se poate face distincție între pierderea mnezică propriu-zisă și dificultatea reproducerii elementelor mnezice din cauza impresionabilității și inhibiției. Astfel, hipomneziile, ca și amneziile, în foarte multe cazuri au un caracter pe care îl putem denumi „afectogen", deoarece se întîlnește frecvent în cursul stărilor de tensiune afectivă cu conținut negativ.

Hipermnezia se poate întîlni în unele cazuri la copil, existînd o anumită predilecție pentru reținerea cifrelor, a limbilor străine ș.a. Capacitatea mnezică este uneori extraordinară ajungîndu-se la așa-numita „hipermnezie de dicționar" sau de „carte de telefon" care a fost descrisă la copiii autiști și la unii oligofreni atipici („idioți savanți").

Paramneziile, în cadrul cărora se înscriu — ca cele mai frecvente — falsele recunoașteri, apar mai ales la copiii care nu pot distinge realul de fantastic sau la cei cu o mare forță imaginativă.

ASPECTE ALE SEMIOLOGIEI GÎNDIRII LA COPIL

Ca și la adult, tulburările de gîndire ale copilului pot fi sistematizate (datorită necesităților didactice) în tulburări *predominant formale* și tulburări *predominant de conținut.*

Ținînd cont de aprecierile formale ale gradului de dezvoltare a gîndirii, segmentarea vîrstei copilului în perioade — în ciuda caracterului ei relativ —, s-a dovedit a fi necesară și în orice caz utilă.

Din aceste motive, considerăm necesar a reda în mod succint cîteva aspecte ontogenetice ale dezvoltării gîndirii.

Sub vîrsta de un an gîndirea poate fi cu greu investigată datorită nedezvoltării limbajului. După această vîrstă însă, la antepreșcolar, posibilitatea denumirii obiectelor favorizează dezvoltarea experienței cognitive. Interesele gnozice care încep să se dezvolte acum, se manifestă printr-o curiozitate exprimată pe plan verbal prin numeroasele întrebări pe care le pune copilul.

În activitatea ludică, operînd cu obiectele, copilul constată asemănările și deosebirile dintre acestea, stabilește comparații, realizează generalizări.

Deși în perioada antepreșcolară apar elemente ale cunoașterii mediate (prin cuvînt), deși gîndirea apare de pe acum ca o modalitate mijlocită de cunoaștere, ea este în ansamblu săracă, elementară, situativă și legată predominant de reprezentările concrete ale obiectelor și fenomenelor.

În a II-a copilărie, la preşcolar, datorită activităţii ludice şi prin folosirea limbajului, dezvoltarea gîndirii ia un avînt deosebit. Potenţialul denominativ (capacitatea de a denumi obiectele şi fenomenele) continuă să se dezvolte în această perioadă, punînd bazele operaţiilor de analiză, sinteză, generalizare etc. Deşi simplistă şi limitată, gîndirea cuprinde încă din această perioadă, toate caracteristicile unui proces cognitiv superior şi toate operaţiile care îi sînt specifice.

Desigur, în comparaţie cu adultul, gîndirea preşcolarului apare ca fiind elementară, primitivă, practic concretă şi saturată emoţional.

Datorită insuficientei sale dezvoltări, gîndirea nu are în această perioadă de vîrstă posibilitatea de a sesiza sensuri multiple sau complexe, de a înţelege metafore. Prin operativitatea sa insuficient exercitată, gîndirea copilului rămîne încă legată de concret, de sarcini mediate, predominant situativă, saturată perceptiv.

Dacă în prima copilărie spiritul investigator şi curiozitatea copilului se manifestau prin întrebări de tipul „ce este —“ ?, acum se constată nu numai o creştere a numărului întrebărilor, dar şi o schimbare a direcţionării lor ; intensificarea interesului gnozic primeşte acum o orientare etiologică, majoritatea întrebărilor fiind de ordin cauzal, sub forma nenumăratelor „de ce“ ?.

În concluzie, se poate afirma că în preşcolaritate, gîndirea reflectă relaţiile multiple şi variate dintre fenomene, forţa de înţelegere este mai adîncă şi mai complexă, oferind într-o oarecare măsură posibilitatea sesizării esenţialului.

În a III-a copilărie, în perioada şcolarităţii, se dezvoltă modalităţi de a înţelege şi de a opera în mod raţional, dar şi noi calităţi ale cunoaşterii, ca observaţia şi intuiţia.

Dezvoltarea gîndirii este stimulată acum şi de nenumăratele situaţii problematice legate de activitatea practică şi de procesul de învăţămînt.

Posibilitatea de a citi oferă şcolarului mijlocul de a intra în lumea achiziţiilor ştiinţifice şi social-istorice ale omenirii. În această perioadă ia o tot mai mare amploare contradicţia între cerinţele manifestate faţă de copil şi posibilităţile lui de a răspunde acestor cerinţe, contradicţie ce constituie baza dezvoltării şi organizării tot mai înalte a forţei şi activităţii cognitive.

În psihopatologia tulburărilor gîndirii s-au căutat analogii între gradele reduse ale dezvoltării cognitive şi stadiile dezvoltării ontogenetice, considerîndu-se că rămînerea dezvoltării cognitive la nivelul întîlnit la copiii de sub 1 an, ilustrează idioţia, care poate fi profundă, copilul fiind redus la o viaţă vegetativă, a automatismelor pure („omul plantă“ al autorilor clasici), sau puţin mai dezvoltat, capabil de a se hrăni singur şi a-şi controla sfincterele, putînd emite sunete nearticulate, dar la care judecata pare inexistentă, imaginaţia nulă, afectivitatea rudimentară, direcţionată biologic („omul animal“).

Dacă acest nivel al dezvoltării psihice caracterizează idiotul inferior, cazurile în care copilul poate pronunţa unele cuvinte care denumesc obiecte, poate menţine atenţia cîteva momente asupra unei acţiuni,

poate îndeplini unele acţiuni motorii elementare, este capabil de reacţii afective simple şi de imitaţie, se încadrează în categoria de *idiot superior*.

Cînd nivelul dezvoltării este corespunzător antepreşcolarului, cînd există posibilitatea achiziţiilor verbale fără a-şi putea însuşi însă cititul şi scrisul (decît eventual în mod mecanic), cînd prin activitatea ludică pot fi constatate rudimente de analiză şi sinteză, copilul nefiind însă capabil de a păstra un criteriu (de formă, mărime, culoare) în clasificare şi sistematizare, se vorbeşte de imbecilitate.

Datorită acestui nivel redus al dezvoltării cognitive, deşi se speră (existînd într-adevăr posibilităţi) într-o oarecare educabilitate, copilul, asemenea *celui de 3 ani*, nu este capabil de o veritabilă şcolarizare.

În eventualitatea că judecăţile şi raţionamentele rămîn simple, sărace şi predominant legate de concret, cînd posibilităţile de abstractizare sînt aproape inexistente, copilul avînd în acelaşi timp posibilităţi de comunicare verbală şi scrisă inteligibilă şi de înţelegere a ordinelor simple, asemenea şcolarilor mici, se vorbeşte de *debilitate mintală*.

Considerăm că majoritatea autorilor fac analogii prea strînse între etapele dezvoltării psihice ale copilăriei şi nivelurile la care rămîne această dezvoltare în cazul oligofreniilor. Aceste analogii şi corespondenţe trebuie apreciate doar ca repere în linii de maximă generalitate, între cele două situaţii existînd nu numai potenţialităţi diferite, ci şi deosebiri calitative de conţinut. Spre deosebire de copilul normal, oligofrenul, care are aceeaşi „vîrstă mentală", se caracterizează prin lentoarea elaborării judecăţilor şi raţionamentelor, care se bazează în prea mare măsură pe experienţa anterioară, lipsindu-i spiritul de inventivitate şi creativitate. Oligofrenul utilizează într-o manieră pasivă posibilităţile sale cognitive, oferind în primul rînd impresia că recurge permanent la experienţă, la ceea ce a învăţat şi prea puţin sau deloc la inventivitate. În timp ce în faţa unei situaţii problematice, copilul normal este orientat spre găsirea unor noi soluţii şi în general spre viitor, oligofrenul este orientat spre situaţii similare, spre căutarea — prin memorie — în trecut, a modelului analogic. Considerăm că direcţionarea retrospectivă şi nu prospectivă, a raţionamentelor la oligofreni, constituie una din cauzele impresiei de stagnare şi platitudine a gîndirii lor.

În cadrul exigenţelor actuale ale procesului instructiv-educativ, în condiţiile de tehnicizare şi ridicare a nivelului socio-cultural, a cerinţelor cotidiene pe care viaţa le impune în lumea modernă la unii copii, se evidenţiază posibilităţi cognitive limitate, din care cauză ei întîmpină unele dificultăţi. Ridicarea pragului exigenţelor în epoca noastră a relevat o nouă categorie, deosebit de importantă prin frecvenţa membrilor săi, aceea a *intelectului de limită*. Dacă debilii mintali aveau greutăţi în primele clase ale şcolarizării, constituind repetenţii claselor primare de odinioară, actualii copii cu intelect „de limită" întîmpină greutăţi de netrecut în clasele elementare, începînd cu clasa V—VI-a. În afară de acestea, copiii cu intelect de limită se caracterizează pe de o parte prin inegalitatea răspunsurilor la probele de investigare a func-

ţiilor de abstractizare şi generalizare (în care răspunsuri normale alternează cu răspunsuri caracteristice debilităţii mentale), iar pe de altă parte printr-o ameliorare treptată a răspunsurilor, de la cele caracteristice debilităţii mintale, pînă la cele apropiate de normal.

Aprecierea cît mai exactă (eventual cantitativă) a gradului dezvoltării cognitive (respectiv a nivelului la care a rămas această dezvoltare) a preocupat pe cercetători încă de la începutul secolului. Printre numeroasele teste şi scale de evaluare a posibilităţilor intelectuale, s-a impus „scala de inteligenţă" imaginată de Binet împreună cu Simon, completată de Terman şi reetalonată în condiţiile moderne de Zazzo.

Prin aplicarea scalei Binet-Simon se stabileşte aşa numita „vîrstă mentală", în raport cu nivelul dezvoltării considerat normal. Păstrînd rezervele pe care le implică orice estimare cantitativă a posibilităţilor psihice, se consideră că aşa numitul coeficient intelectual (Q.I.) mai mic de 30, ar corespunde unui nivel mental ce nu depăşeşte vîrsta de 3 ani şi ar caracteriza idioţia. Un Q.I. cuprins între 30—50, ar corespunde unui nivel mental ce nu depăşeşte vîrsta de 7 ani şi ar caracteriza imbecilitatea. Un Q.I. cuprins între 50—70 ar corespunde unui nivel intelectual ce nu depăşeşte 10 ani şi ar caracteriza debilitatea mintală. Se apreciază că Q.I.-ul aflat între 70—90 ilustrează un intelect de limită.

Psihopatologia gîndirii nu cunoaşte numai opriri, stagnări în dezvoltare, situaţii ce dau conţinut diferitelor grade ale oligofreniei, ci şi regresiuni în evoluţie, ceea ce conferă cadrul clinic al demenţelor. Astfel, demenţele infantile desemnează „stări provocate de o slăbire irremediabilă a facultăţilor intelectuale, care survin la un copil a cărui evoluţie psihomotorie a fost normală pînă la vîrsta de 3 ani (Michaux L.).

Spre deosebire de accepţiunea laică a noţiunii, conform căreia demenţa se întîlneşte numai la vîrsta senium-ului, psihopatologia modernă bazată pe constatări clinice minuţioase, caută să delimiteze cadrul nozologic al demenţelor întîlnite la vîrsta copilăriei.

Un fapt aparent paradoxal, şi care constituie o caracteristică a regresiunii cognitive infantile, în comparaţie cu adultul, este nota de ireversibilitate. Probabil pentru acest fapt Popov denumeşte *demenţa infantilă ca o descreştere progresivă şi ireversibilă a vieţii psihice.*

Deşi nota de *ireversibilitate* este contestată de foarte mulţi terapeuţi, probabil în virtutea unui elan optimist în potenţialul restructurant al sistemului nervos al copilului, realitatea clinică pare a confirma faptul că această regresiune progresează în ciuda eforturilor terapeutice. Astfel, după Michaux, la copii, ireversibilitatea demenţei nu cunoaşte excepţii, nici chiar terapeutice, în cel mai bun caz putîndu-se spera în „fixarea" sau oprirea regresiunii.

În linii generale, caracterele regresiunii cognitive la copil se traduc prin aceea că — spre deosebire de adult, la care demenţa are deseori un caracter „lacunar", iar alteori, „ondulatoriu", la copii demenţa are un caracter masiv, global şi ireversibil.

Demența are o gravitate invers proporțională cu vîrsta : cu cît copilul este mai mic cu atît deteriorarea este mai severă, ea diminuînd în intensitate pe măsură ce se apropie de pubertate.

Într-o măsură mult mai mare decît la adult, regresiunea gîndirii este însoțită de tulburări motorii. Din cauza intricării dezvoltării psihice și motorii acest fenomen este cu atît mai frecvent întîlnit, cu cît copilul este mai mic.

Cu excepția „demenței" schizofrenice, demențele infantile, în majoritatea lor de natură toxică, traumatică sau infecțioasă, nu sînt însoțite de manifestări halucinatorii și delirante (relativ des întîlnite în demențele senile).

La copii, regresiunea gîndirii apare cel mai frecvent după boli infecțioase (rujeolă, scarlatină, varicelă, rubeolă etc.) dar și după meningite, encefalite, paralizia generală progresivă etc. Dacă demența posttraumatică tinde a fi unanim recunoscută, „demența epileptică" este însă controversată, mulți autori considerînd că în mod curent ar trebui să vorbim de demență și epilepsie, ca expresie a acelorași leziuni encefalice.

Regresiunea gîndirii mai poate surveni în afecțiuni „specifice" (scleroza centrală Schilder, leucoencefalita sclerozantă subacută Van Bogaert, leucodistrofiile familiale progresive etc.).

În afara acestor demențe, „organice", în schizofrenia infantilă are loc o regresiune de tip dementțial. Unii autori (Michaux) descriu chiar o formă dementțială a schizofreniei, în care regresiunea evoluează adesea în mod anarhic, disociant, manifestîndu-se cu predilecție asupra gîndirii și limbajului și mai puțin asupra motricității, domeniu în care pot fi înregistrate chiar unele progrese.

Între tulburările de gîndire *predominant calitative* se înscriu cele din autismul infantil.

Gîndirea autistă izolează copilul în lumea viselor și fantasmelor sale, el acționînd și trăind în această realitate imaginativă din care nu poate fi readus decît cu greu și pentru scurte perioade de timp.

Ea are ca particularitate contrastul (eventual discordanța) între conduita bizară și unele performanțe cognitive de care sînt totuși capabili.

O altă caracteristică a gîndirii autiste constă în perseverările ideative, ilustrate prin preocuparea, obsedantă, dar în același timp stereotipă, spre îndeplinirea unor acțiuni identice, ca și în perseverarea în anumite conduite.

Deși autorii clasici (Griesinger) negau existența delirului la vîrsta copilăriei, astăzi se admite că acesta se întîlnește, dar relativ rar.

Controversa asupra realității delirului la copil poate fi explicată prin aprecierea diferită a construcției sale. Astfel, Michaux afirmă că deși copilului nu-i lipsește materialul necesar producției delirante, acesta este lipsit de posibilitatea unei astfel de construcții. Desigur, inaptitudinea pentru elaborarea delirantă descrește pe măsură ce se avansează în vîrstă, în perioada pubertară și adolescență putîndu-se întîlni deliruri complexe, apropiate sub aspect formal de cele întîlnite la adult. Această

situație poate fi înțeleasă mai bine dacă se recurge la observarea procesului de organizare a gîndirii normale, care ilustrează că la vîrsta prepubertară, operațiile logice suferă o deplasare din planul manipulării concrete în planul ideilor exprimate prin limbaj (fără ajutorul percepției), gîndirea formală, care se edifică acum avînd posibilitatea extragerii unor concluzii din premise ipotetice și nu numai pe baza observației reale. Astfel, operațiile gîndirii formale — afirmă Piaget — oferă acesteia o calitate nouă, eliberînd-o de real, spre a-i permite să eșafodeze după placul său reflexiile și teoriile.

Datorită acestei situații, ideile propriu-zise delirante nu pot apărea decît odată cu vîrsta școlarității. În această perioadă ele sînt totuși puțin stabile, lipsite de forța organizării într-un sistem delirant.

Din punct de vedere al conținutului, aceste idei delirante sînt legate de manifestările senzoriale psihotice, de trăirile halucinatorii, după cum ele pot exprima teama de moarte a părinților sau de insecuritate. Alteori ideile delirante amintesc delirul metabolic al adultului și se exprimă prin convingerea transformării copilului în animale, situații în care acesta adoptă comportamentul respectiv (emite sunete nearticulate, miaună, latră, se ascunde etc.). Această conduită patologică nu trebuie confundată cu situația în care activitatea ludică impune copilului rolul unui animal, pe care-l îndeplinește episodic și în deplină conștiență și legătură cu realitatea.

Lipsite de posibilitatea înlănțuirii catenare și a organizării în sistem, ideile delirante au nu numai un caracter pasager, dar sînt și aparent spontane, izbucnind în bufeuri și fiind acompaniate nu numai de simptome psihice (dezorientare, confuzie, onirism, halucinații), dar și de simptome somatice (cefalee, hipertermie etc.). Din aceste motive, existența delirului sistematizat la copil este controversată sau excepțional admisă, întrucît copilului îi lipsește perseverența tematică, forța ideativă și ireversibilitatea convingerii, condiții psihologice necesare organizării și sistematizării delirului. Din aceleași motive, ideile delirante ale copilului sînt mult mai legate de concret decît cele întîlnite la adult.

Deși la copil nu putem vorbi de o *fază a prelucrării și elaborării delirante* (așa cum se întîlnește în viața adultă), deseori se constată că înaintea apariției elementelor și episoadelor delirante, copiii traversează o perioadă de *fantezie pseudodelirantă*, în care *personifică realitatea* și „conferă" realitate dorințelor și aspirațiilor lor. Inițial, discretă și intermitentă, manifestată numai în momente hipnagogice, *fantezia pseudodelirantă* se extinde treptat în timp și amplitudine, cuprinzînd întreaga activitate a copilului, care trăiește într-o realitate fictivă.

Spre deosebire de delirul propriu-zis, în cazul fanteziei pseudodelirante, copilului îi lipsește convingerea în realitatea personificărilor și construcțiilor sale imaginative.

Fantezia pseudodelirantă poate avea amplitudine variabilă, timp de ani, reprezentînd (eventual) o potențialitate delirantă, care se poate manifesta la pubertate sau în adolescență în perioada imediat anterioară apariției elementelor delirante. În această fază, mulți copii intră într-o stare de perplexitate, nedumerire, ce evoluează cu neliniște, anxietate

și suspiciune ; este faza „pregătirii delirante", preambulul delirului propriu-zis.

Natura delirului la copil este de cele mai multe ori infecțioasă, sau toxică (intoxicații cu acid acetilsalicilic, benzedrină, atropină).

Spre deosebire de aceste situații, în care delirul (acompaniat de semne somatice) se desfășoară pe un fond de alterare a conștienței, delirul din schizofrenie sau din unele stări psihotice reactive evoluează pe un fond de claritate a conștienței. Ideile delirante din cadrul stărilor reactive psihotice, într-o măsură și mai mare decît la adult, sînt legate în mod inteligibil (Jaspers) de conținutul traumei psihice, de fenomenele trăite, care acum sînt interpretate în maniera psihotică.

Ca și în privința delirului, existența obsesiilor este controversată în pedopsihiatrie, întrucît pentru desfășurarea și manifestarea lor este necesară maturizarea conștiinței propriului eu. Din aceste motive, se apreciază că ele apar rar și în orice caz, sînt mai puțin distincte înainte de pubertate. Caracteristica ideilor obsesive constă în aceea că, spre deosebire de adult. care le poartă în mod solitar, luptîndu-se singur cu ele, copilul (datorită probabil insuficientei sale experiențe), solicită și antrenează pe cei din jur împotriva lor.

Ca și la adulți, ideile obsesive pot constitui preambulul bufeurilor delirante, după cum atunci cînd evoluează într-o manieră rece stereotipă. singulară și detașată de participarea afectivă, anunță dezvoltarea unei schizofrenii.

Tulburările limbajului la copil sînt în general consecutive tulburărilor gîndirii ; spre deosebire de adult însă, unde psihopatologia limbajului este dominată de *dislogii,* la copil sînt mult mai frecvent întîlnite *dislaliile* și *disartriile.*

Într-o apreciere istorică individuală a dezvoltării limbajului se disting două mari etape :

1. *Perioada preverbală* (perioada prelingvistică sau semiotică), care ocupă primul an de viață și se caracterizează printr-o expresie bucofonatorie cu foarte discretă valoare de comunicare.

2. *Perioada lingvistică* începe la 10—12 luni cu înțelegerea semnelor limbajului, încă înainte ca acestea să poată fi corect exprimate. Pronunția este în general defectuoasă, întrucît copilul caută să substituie consoanele sau silabele, în pronunția cărora întîmpină dificultăți cu altele mai simple, mai familiare. După un an și jumătate apar propozițiuni formate din două substantive, apoi dintr-un substantiv și verb, pentru ca după doi ani copilul să vorbească „în jargon", care prezintă o valoare superioară de relaționare, în ciuda multiplelor cuvinte lipsite de semnificație. La sfîrșitul primei copilării, apariția pronumelor personale (după substantive, verbe, adjective și adverbe) marchează completarea elementelor morfologice ale propozițiunilor care se dezvoltă și se perfecționează progresiv. În prima copilărie, monologurile „solitare sau colective" (Piaget) se înscriu în evoluția normală a limbajului și nu trebuie considerate ca elemente patologice, așa cum este apreciată în cele mai multe cazuri, solilocvia adultului.

În cadrul psihopatologiei vorbirii la copil, primul fenomen care atrage atenţia este *întîrzierea vorbirii* ; deşi există diferenţe marcate în apariţia vorbirii la copii cu intelect normal, întîrzierea se manifestă în general la oligofreni. Această observaţie cunoaşte însă numeroase excepţii în care, în mod surprinzător, unii oligofreni superiori încep să vorbească la o vîrstă timpurie. Hipoacuzia, ca şi stimularea verbală insuficientă (la copii izolaţi şi neglijaţi) se înscriu printre cauzele principale în întîrzierea apariţiei vorbirii.

Audimutitatea constituie o tulburare de vorbire care desemnează absenţa limbajului (la copii care nu au nici deficit de auz şi nici întîrziere mintală).

Observaţiile moderne tind către următoarea sistematizare :

a) *Audimutitatea de expresie* (alalia congenitală, idiopatică, afazia motorie de dezvoltare) în care există un deficit important de expresie lingvistică, fără tulburări de auz. Copilul înţelege cuvintele, gesturile, execută ordinele, are posibilităţi de comunicare mimicopantomimică, dar nu poate pronunţa nici un cuvînt, uneori articulînd numai vocale, alteori numai consoane izolate, fără a putea reuni cuvintele. Apare astfel o discrepanţă între inteligenţa copilului şi defectul său de vorbire. Ca etiologie se incriminează sechele a unor mici hemoragii din timpul travaliului obstetrical, o insuficientă dezvoltare motorie ce ar implica şi aparatul articular sau o disgenezie a zonei motorii rolandice a limbajului.

Audimutitatea de expresie se confundă deseori cu întîrzierea simplă în apariţia limbajului, de care diferă însă prin intensitatea, caracterul durabil şi rezistent la tratament, în ciuda prognosticului bun.

b) *Surditatea verbală congenitală* (agnozie auditivă congenitală, surditate verbală de dezvoltare) se caracterizează prin neînţelegerea limbajului vorbit şi printr-o dezordine în expresia verbală.

Ca şi în afazia senzorială a adultului, expresia verbală poate fi uneori limitată la un jargon nediferenţiat, cu o valoare simbolică de comunicare redusă, deşi corectat în parte printr-o intonaţie şi o mimică expresivă. Indiferenţa acestor copii faţă de mesajele sonore îi face să fie adesea confundaţi cu copii surzi sau autişti.

La proba audiometrică fonetică se constată însă (S. Borel-Maisony) un defect electiv de percepţie a sunetelor a căror frecvenţă corespunde limbajului. Deşi unii autori avansează ipoteza unei diminuări a recepţiei auditive, care ar împiedica înregistrarea auditivă a vocalelor, natura tulburării nu este încă elucidată. Unii autori vorbesc de o disgenezie a zonei corticale senzoriale a limbajului.

Surdomutitatea este tulburarea de limbaj consecutivă unui deficit de auz. Dacă deficitul auditiv este sever, limbajul nu se dezvoltă ; dacă deficitul este parţial întîrzierea în limbaj este variabilă, existînd diferite tulburări de articulare. În funcţie de etiologia lor, surdităţile pot fi grupate în două categorii : ereditare (genetice) şi dobîndite (prin factori prenatali, neonatali şi postnatali în primii ani ai copilăriei). Pînă la vîrsta de 6 luni, dezvoltarea „limbajului“ este comparabilă cu a copilului care aude bine. Apare gînguritul, dar acesta sărăceşte treptat. Copilul

surd nu imită sunetele din anturaj, nu le acordă atenţie, dînd impresia că nu înţelege limbajul vorbit al celor din jur. În schimb, el urmăreşte atent mimica şi reacţiile afective, încercînd să înţeleagă şi foloseşte gesturile pentru comunicare. Astfel, se stabileşte un adevărat limbaj gestual care însă are anumite limite, nepermiţînd în general o dezvoltare intelectuală corespunzătoare vîrstei.

În cadrul tulburărilor de vorbire, un loc important îl ocupă *balbismul*, care este caracterizat prin ezitarea, repetarea sacadată, suspensiunea bruscă şi chiar împiedicarea completă a articulării cuvîntului, alături de tulburări respiratorii, vasomotorii şi emoţionale. Apare, de obicei, în perioade de intensă solicitare verbală şi afectivă (al III-lea şi al IV-lea an de viaţă), intrarea în şcoală sau, mai rar, la pubertate).

Sub aspect clinic se descrie, ca şi la adult, o formă de *balbism clonic*, *balbismul tonic* şi *balbismul tonico-clonic*.

Unii autori descriu un *balbism prin inhibiţie*, ilustrat prin „inerţia aparatului verbal", situaţie în care bolnavul, lipsit de orice participare mimico-pantomimică rămîne inert, inexpresiv, pentru ca după o scurtă perioadă să poată vorbi în mod curent.

Mutismul — apărut la un copil cu limbajul constituit şi fără surditate, poate fi temporar (ca simptom al isteriei) sau electiv (care apare numai în prezenţa anumitor persoane, ca o reacţie de apărare sau agresiune a unor copii timizi).

Dislaliile, tulburări ale pronunţării corecte a unuia sau mai multor sunete, sînt întîlnite frecvent la copii cu anomalii ale cavităţii bucale, ale maxilarelor, cu implantări vicioase ale dinţilor, precum şi în cazul unor atrofii ale muşchilor vălului palatin sau limbii. Se descrie astfel *sigmatismul* sau sîsîiala, în anomaliile de implantare ale dinţilor (mai poartă denumirea de dislalia dentală), dislalia pentru r (rotacismul). În pareza sau paralizia vălului palatin, ca şi în obstrucţia căilor nazale prin vegetaţii adenoide sau hipertrofie amigdaliană, vorbirea este nazonată, alcătuind *rinelalia*.

Dizartriile sînt tulburări de articulare ale cuvintelor datorate unor disfuncţii ale aparatului neuromuscular, care se traduc prin imposibilitatea de a pronunţa, de a articula corect sau de a lega sunetele între ele şi se întîlnesc în special în leziunile neurologice extrapiramidale sau cerebeloase. La copil apar îndeosebi în encefalopatiile infantile.

TULBURĂRILE DE IMAGINAŢIE LA COPIL

Deosebita forţă imaginativă a copilului pune probleme dificile în distingerea aspectelor normale ale imaginaţiei de cele patologice. Dezvoltîndu-se încă de la vîrsta de 3 ani, găsindu-şi cîmp de manifestare în activitatea ludică, imaginaţia copilului se caracterizează prin instabilitate, inconsecvenţă, complexitate şi puternică încărcare afectivă.

Scăderea imaginaţiei (sărăcia imaginativă) ilustrează o insuficientă dezvoltare cognitivă sau o stare demenţială.

Dimpotrivă, exacerbarea imaginativă, exprimată la copil prin *minciună*, nu evocă întotdeauna o stare patologică. Înainte de 8 ani, aşa

cum arată Piaget, minciuna este fiziologică, iar după această vîrstă ea devine premeditată, disciplinată și utilitară.

Minciuna la copil poate constitui o reacție de apărare în fața unei situații culpabile, ca și o reacție de compensare în dorința sa de recunoaștere și valorificare în fața anturajului. Cînd minciuna are însă un caracter fantastic desprinzîndu-se de realitate, poate ilustra o stare patologică constituind deseori preambulul unei evoluții delirante, sau a unei dizarmonii de dezvoltare.

ASPECTE SEMIOLOGICE ALE STĂRILOR AFECTIVE LA COPIL

Studiul psihopatologic al tulburărilor afective la copil prezintă mari dificultăți datorită labilității afective care caracterizează copilăria și faptului că spre deosebire de adult, copilul nu-și poate exprima suficient prin limbaj conținutul trăirilor sale. În plus, unele tulburări afective care în viața adultă pot fi interpretate sub unghi patologic, la copil se înscriu în aria normalului, constituind trăsături afective ale etapei cronologice date. Deși greu de apreciat sub aspectul semnificației lor și aproape imposibil de redat într-o estimare cantitativă, tulburările afective la vîrsta copilăriei prezintă o deosebită importanță, ele constituind deseori un semnal al tulburărilor de comportament sau al unor manifestări procesurale disociative.

Pentru aceste motive, cunoașterea aspectelor normale ale manifestărilor timice la vîrsta copilăriei constituie un reper prețios în aprecierea manifestărilor psihopatologice. Astfel, într-o analiză longitudinală, se constată că după aproximativ 3 luni de la naștere apare plînsul, exprimat printr-o fonematică specifică și cu un acompaniament vegetativ (congestie, lacrimi etc.). Expresia stărilor afectiv-pozitive se constată după 3 luni de viață și se manifestă prin „*complexul reactivării*“, caracterizat printr-o reacție de înviorare și satisfacție la apariția persoanelor agreabile, cunoscute anterior. Rîsul, expresie a stărilor afectiv-pozitive, apare la aproximativ 3—5 luni. Încă înainte de un an, afectivitatea copilului cuprinde sentimente relativ complexe de simpatie, antipatie, curiozitate și (aparent surprinzător) de gelozie. Manifestată mai intens între 1—5 ani, gelozia este o stare afectivă cvasi-normală, care presupune teama de a fi deposedat sau privat (frustrat) de obiectul iubit și antrenează reacții de anxietate și agresivitate față de agentul frustrant. Gelozia se manifestă de exemplu în situații episodice, prin reținerea timp mai îndelungat a atenției mamei sale, sau cu ocazia nașterii unui alt copil.

În prima copilărie se dezvoltă sensibilitatea afectivă și capacitatea de modulare și nuanțare emoțională (se întristează într-o ambianță tristă sau atunci cînd se fac evocări triste). În această perioadă, stările emoționale ale copilului se caracterizează printr-o mare intensitate, variabilitate, durată scurtă și superficialitate.

În a II-a copilărie, stările afective cîștigă în nuanțare și stabilitate ; labilitatea afectivă este mai redusă, exploziile afective mai discrete. Se dezvoltă capacitatea de stăpînire a emoțiilor, alături de sentimentul de vinovăție, se adaugă acela de mîndrie și orgoliu. Preșcolarul poate conștientiza conținutul etic al conduitei sale. Sociabilizarea duce la posibili-

tatea înțelegerii caracterului afectiv al unor situații și la capacitatea de a realiza comuniunea afectivă.

În a III-a copilărie, exigențele procesului instructiv-educativ impun o stăpînire, echilibrare și modelare a vieții afective. Alături de stările afective copilul are posibilitatea dezvoltării atitudinilor afective, marcînd prin aceasta opoziția sa ca subiect față de diversele situații din ambianța socială.

În privința aprecierii stărilor afectiv-pozitive, trebuie reținut faptul că la vîrsta copilăriei euforia moderată este o componență a psihologiei normale. Atunci cînd *euforia* cunoaște o mai mare amplitudine, în funcție de manifestarea și conținutul ei, poate ilustra o stare maniacală sau o formă hebefrenică a schizofreniei. Rareori ea este un semn a ceea ce Rumke a descris în sindromul denumit *„manie fantastică infantilă"*. care poate apărea la vîrsta școlarității și se caracterizează prin *exaltare, idei de mărire, confabulație* ș.a.

Încărcarea afectiv-negativă (depresia) se întîlnește mai rar în copilărie decît în viața adultă, ea fiind apanajul versantului descendent al existenței. Într-o mai mare măsură decît la adult, depresia nu apare pură, fiind deseori mascată de un sentiment de oboseală sau greutate fizică, disprosexie, bradipsihie și bradikinezie. Uneori copiii depresivi sînt cotați capricioși, dezinteresați, hipersensibili sau labili afectiv. Din cauza posibilităților reduse de verbalizare a trăirilor, cît și datorită aspectului polimorf și uneori mascat al depresiei, se disting greu stări depresive propriu-zise înainte de vîrsta școlarității. Unii autori (Kohler) consideră că stările depresive nu survin niciodată înainte de perioada prepubertară sau pubertară. Cu toate acestea, R. A. Spitz vorbește de o *„depresie anaclitică"*, care poate apărea chiar la copilul de 6 luni — aflat într-o carență emoțională în raport cu separarea sa de mamă — și se caracterizează printr-un dezinteres față de anturaj, pierderea apetitului, tulburări în dezvoltarea generală și ponderală.

Între stările afective acute, trebuie menționate *„crizele de afect"* sau *de mînie*, în care copilul, de obicei într-o situație acut frustrantă, țipă, lovește, bate din picioare, se aruncă pe jos, într-o agitație dezordonată, într-o hiperactivitate motorie haotică, urmată de obicei de epuizare. După cum se poate constata, criza de mînie este esențialmente psihomotorie, sau cum spune L. Michaux, „este psihogenă în motivația sa și motorie în expresia sa". Evident, aceste crize sînt acompaniate de puternice manifestări vasomotorii, iar la copiii mai mici, cu un teren predispus, finalul crizei poate realiza „spasmul hohotului de plîns" sau convulsiile emotive, care se pot încheia prin tulburări de conștiință. Uneori aceste manifestări clinice sînt intempestive și violente, sugerînd echivalențe comițiale. Suspiciunea unei epilepsii se dezvoltă cu atît mai mult, cu cît acești copii pot prezenta deseori alterații EEG de tip comițial. *Crizele de mînie* apar de obicei în urma unor erori educaționale sau cînd părinții nu consimt la îndeplinirea instantanee a dorințelor copilului. Ele pot fi de asemenea expresia unor exigențe excesive educaționale, „momentul exploziei" reprezentînd după Kanner un răspuns cumulativ al unui profund conflict intern.

Reacţiile de frică sînt pînă la un punct normale, justificate şi „indispensabile biologic“ (Kanner) atunci cînd ele sînt motivate raţional şi adecvate situaţiei ; dimpotrivă, absenţa fricii la copiii oligofreni şi postencefalitici ilustrează profunde tulburări şi imposibilitatea aprecierii pericolelor sau consecinţelor negative ale unor acţiuni sau situaţii. Frica îşi are originea în educaţie sau apare prin contagiune de la alţi copii, dar mai ales de la adulţi. Deseori conduita acestora, ca şi relatările sau poveştile lor, creează o bază motivaţională psihologică stării de frică.

Spre deosebire de adult, la care frica are un conţinut bine delimitat, un „obiect“, la copil — datorită insuficientei sale experienţe —, frica are de obicei un caracter mai difuz, apropiindu-se mai mult de anxietate.

Anxietatea la copil are însă (spre deosebire de adult) un caracter episodic, iar uneori se manifestă sub forma unor adevărate *explozii emoţionale*. În afara debutului brusc, momentele de anxietate pot dura minute şi se pot repeta în aceeaşi zi, fiind acompaniate de manifestări vegetative ca tremor, hiperhidroză, algii precordiale, sau abdominale etc. Ele apar în condiţii de insecuritate după pierderea unei persoane apropiate, sau în urma unui insucces şcolar, manifestîndu-se în special la cei care s-au dezvoltat într-un mediu hiperprotector. Stările de anxietate mai pot apare în cursul unor afecţiuni febrile, înaintea unor intervenţii medico-chirurgicale, fiind în mare măsură condiţionate de atitudinea şi conduita anturajului.

Tulburările vieţii instinctive sînt mai frecvente şi mai variate la copil decît la adult.

Se admite că la naştere copilul posedă elementele necesare pentru orientarea comportamentului în vederea achiziţionării hranei. În cadrul tulburărilor instinctului alimentar, *anorexia* (lipsa poftei de mîncare) se înscrie pe primul plan. În *afara anorexiei* din bolile somatice, se întîlneşte deseori o *anorexie de natură psihogenă*. Astfel, *anorexia sugarului* se instalează de obicei între a 5-a şi a 8-a lună, ca o reacţie la eliminarea progresivă a laptelui şi la introducerea alimentaţiei diversificate. Această *anorexie* poate fi *de inerţie*, în care copilul nu cooperează la actul alimentar sau vomită şi *anorexia de opoziţie*, manifestată prin plîns, agitaţie, rotaţii tonice, în scopul refuzării hranei insistent oferite.

Regimurile alimentare rigide, cantitatea excesivă de alimente şi conduita superprotectoare a unor mame anxioase etc., justifică frecvenţa mare a anorexiei în această perioadă.

Anorexia celei de a II-a copilării se manifestă fie sub forma *opoziţiei* faţă de rigiditatea exigenţelor cantitative şi ritmurilor severe ce nu ţin seama de apetitul copilului, fie sub forma *conduitei capricioase* în alegerea alimentelor şi modul alimentaţiei. Este cunoscută şi la copil anorexia mintală, care poate apărea la orice vîrstă, dar are frecvenţă maximă la prepubertate şi pubertate, în special la fete.

Greţurile şi *vărsăturile* pot constitui un mijloc psihologic de apărare împotriva unei tendinţe de alimentaţie excesivă. Ele pot apărea şi în situaţii frustrante ; copiii pot avea greţuri sau vomă cînd le este teamă

să meargă la școală sau în urma unei oboseli excesive (care poate cauza voma din timpul nopții).

Polifagia — în afara oligofreniei sau schizofreniei — poate constitui o reacție compensatorie față de unele insatisfacții școlare sau familiale, copilul refugiindu-se într-o satisfacție imediată, alimentară. Ea mai poate să apară de asemenea ca un mijloc de a cîștiga accepțiunea și bunăvoința părinților.

În afara acestor *tulburări predominant cantitative*, trebuie menționate *pervertirile nevoilor de alimentare*. Astfel, reîntoarcerea mîncării din stomac în gură fără greață sau dezgust poartă numele de *mericism* sau *rumințație* și se întîlnește în oligofrenie și schizofrenie. *Pervertirea apetitului* denumită *pica*, constă în tendința copilului (de obicei mic) de a introduce în gură și ingera obiecte din cele mai variate : nisip, cărbuni, cretă, nasturi. Această tendință, considerată ca normală în primul an de viață, persistă la oligofreni și constituie modul comun de otrăvire din perioada primei copilării. Manifestată episodic (la copiii mici), pica mai poate fi interpretată și ca o tendință de explorare, pe cale bucală, a obiectelor înconjurătoare.

Rareori, mai ales oligofrenii profunzi și copiii cu tulburări psihotice, ingerează lucruri necomestibile și mai ales materii fecale *(coprofagie)*.

Tulburarea instinctului de apărare poate avea loc în direcția exagerării sale, cînd se traduce prin frică excesivă de boală și moarte. Dimpotrivă, diminuarea instinctului de apărare, poate fi tradusă pe plan clinic prin tendința de automutilare și suicid.

S. A. Shentoub și *A. Soulairac* consideră că automutilarea constituie o conduită primitivă, ca și descărcările psihomotorii neautomutilatorii. Aceste tendințe autoagresive, variabile și frecvente, nu au o semnificație psihopatologică atunci cînd apar în primii 2 ani de viață, ele dispărînd ulterior spontan. La oligofreni și psihotici, autoagresivitatea persistă și după această vîrstă, manifestîndu-se deseori printr-un comportament spectacular : se lovesc cu capul de perete, își mușcă limba, buzele, degetele etc. Unii copii (mai ales schizofreni) „*asistă*“ la actele lor automutilatorii, într-o manieră indiferentă, în contrast cu panica stîrnită asupra anturajului.

Deși gîndul autodistrugerii este contrar naturii copilului, după unele pedepse sau atunci cînd se crede insuficient apreciat, el poate include în reveriile sale eventualitatea morții. Insuccese școlare, atitudini parentale rigide, conduite tiranice, atmosfera de doliu sau panică în familie, pot determina copilul să recurgă la un act suicidar. La isterici și oligofreni, tendința la suicid poate fi folosită ca un mijloc de presiune și șantaj asupra părinților. Referindu-se la acest fapt, Bender și Schilder afirmă că „rar există sinucideri la copil, în care motivul de a face în ciudă să nu joace un rol important“. Tramer distinge *suicidul* ca act *autodestructiv* de *suicidul* ca *reacție de protest*. Sistematizînd motivațiile conduitei suicidare la copil, *G. Deshaies* consideră că se poate vorbi de patru forme distincte :

— *suicidul emotivo-impulsiv*, care corespunde unei modalități reacționale și care se realizează spontan, fără control ;

— *suicidul imaginativ*, în care copilul imită un act exterior, pe care caută să-l retrăiască pe plan imaginar ;

— *suicidul pasional*, asemănător celui de la adult, motivat de gelozia faţă de un frate sau o soră ;

— *suicidul simulat*, exploatat de copil într-un scop mai mult sau mai puţin utilitar.

Între *tulburările instinctului sexual* cea mai frecventă este masturbaţia (onania, ipsaţiunea). Comună ambelor sexe, ea se manifestă cu predilecţie în jurul vîrstei de un an şi constă în aşa-numitul „joc genital", care comportă manipularea ritmică a organelor genitale, însoţită de o evidentă satisfacţie. În jurul vîrstei de 2 ani masturbarea se opreşte în general, pentru a fi reluată la începutul prepubertăţii.

Printre sursele posibile ale masturbării, *Moll* distinge :

a) *iritaţia locală*, printr-o boală de piele, haina strînsă sau diferite excitaţii de joc şi

b) *seducţie* de către un copil mai mare.

La pubertate şi începutul adolescenţei, masturbarea cunoaşte o nouă perioadă de exacerbare şi se manifestă după von Gagern prin două forme şi anume :

a) Forma ne-onanică (not onanie) în care subiectul se simte în general capabil de a stabili şi dezvolta relaţii sexuale şi în care elaborarea fantasmelor merge în sensul reprezentărilor heterosexuale, adolescentul imaginîndu-şi persoana iubită.

b) Onanismul propriu-zis, care ilustrează incapacitatea individului de a stabili relaţii sexuale şi în care fantasmele masturbării nu pun în joc o altă persoană, ci se concentrează asupra propriului corp.

Masturbarea nu este în sine un act prejudiciabil, dar poate deveni, prin intervenţia unei educaţii sexuale inadecvate, evoluînd fie spre o nevroză obsesională (legată de culpabilitate şi teamă faţă de actul sexual), fie spre o *perversiune sexuală.*

Întrucît la copil nu există o organizare şi stabilizare a sexualităţii, nu se poate vorbi decît cu prudenţă de perversiuni sau deviaţii ale orientării sexuale. Dintre acestea, pot fi citate *voyerismul* sau *exhibiţionismul,* deşi trebuie menţionat faptul că la copil curiozitatea sexuală, ca şi expunerea organelor genitale nu pot fi interpretate patologic ; copilului îi place să se descopere, dar şi să privească, să atingă diferitele părţi ale corpului celorlalţi, sau să se informeze pe ascuns, adeseori cu un sentiment de culpabilitate.

De asemenea, *fetişismul* nu are o semnificaţie patologică, deşi se cunoaşte ataşamentul preferenţial al copilului pentru anumite obiecte (păpuşi cu care se culcă etc.). Astfel, după cum arată Ana Freud, în timp ce la adult fetişul joacă un rol central în viaţa sexuală şi atinge un scop unic, la copil obiectul fetiş are diferite semnificaţii simbolice şi serveşte unor scopuri diferite.

În aceeaşi conduită instinctivă benignă se inscrie *travestitismul* (ilustrat prin dorinţa pe care o simt unii de a îmbrăca hainele sexului opus) care, deşi la adult este considerat ca perversiune, la copil constituie un fenomen obişnuit, atrăgînd atenţia numai cînd acesta refuză să

poarte hainele proprii sexului său. Totuși, după unii autori, *travestitismul* ar constitui fundalul unei activități *heterosexuale ulterioare*, ar reprezenta riscul unei *evoluții homosexuale.*

Spre deosebire de transvestitism — fenomen frecvent și benign —, *transsexualismul*, ilustrat prin identificarea subiectivă cu o persoană de sex opus, față de care nutrește sentimente de dragoste, se întîlnește foarte rar în copilărie.

Homosexualitatea propriu-zisă este excepțională în copilărie. Ea se poate manifesta însă și într-o formă deghizată, printr-un atașament pasionat față de profesori sau colegi mai mari ; cu toate acestea, jocurile sexuale între parteneri de același sex sînt destul de răspîndite în copilărie.

TULBURĂRILE ACTIVITĂȚII MOTORII

Difuză și nediferențiată la naștere, cu o reactivitate globală, motricitatea achiziționează ulterior moduri succesive de expresie, explorare și utilizare. În timpul primelor luni de viață, capacitatea motorie este mult frînată de hipertonie și lipsa mielinizării neuronale, fapt care împiedică disocierea și realizarea completă a mișcărilor. Astfel, copilul își construiește un cîmp de activitate pe care și-l organizează numai în măsura în care el se deplasează în raport cu obiectele.

La copilul mic trebuie întotdeauna făcută distincția între acțiunea în spațiu, reprezentarea în spațiu și spațiul reprezentat. Între efectuarea unui act și reprezentarea acestui act, există o succesiune de faze care merg de la simpla imitare pînă la aspectele de operativitate.

De asemenea, trebuie reținut faptul că modificările tonice însoțesc în mod normal fiecare afect și chiar fiecare fapt de conștiință. Astfel, fiecare afect produce o variație tonică în ansamblul musculaturii, fapt pentru care ar constitui o eroare studiul psihomotricității numai din punct de vedere motor, aceasta datorită faptului că motricitatea nu este o simplă funcție instrumentală, cu valoare pur efectorie, ci apare atît ca reacție, cît și ca expresie a unei stări afective.

În cadrul tulburărilor activității, la copil cel mai frecvent fenomen este *instabilitatea psihomotorie*, care se traduce printr-un exces cantitativ de mișcare. Deși manifestată pregnant sub aspect motor, instabilitatea trebuie înscrisă într-o sferă patologică mai largă, întrucît este ilustrată, în afară de exuberanța mișcărilor, printr-o labilitate a atenției, lipsă de stabilitate, concentrare și efort volițional. În acest sens, Lagache descrie instabilitatea ca pe „o inaptitudine de a fixa atenția, de a continua aceeași acțiune, de a susține un ritm regulat, de a reacționa într-o măsură constantă, de a persevera într-o acțiune întreprinsă și într-o linie de conduită".

Orice individ se naște și rămîne instabil un anumit număr de ani ; pînă la 3 ani, instabilitatea este considerată fiziologică ; dacă persistă pînă la 7 ani, ea constituie un obiect de turbulență, fără ca cel în cauză să fie un turbulent. Baley afirmă că instabilitatea care se menține după 7 ani este sigur patologică, iar după 12 ani, instabilitatea patologică se fixează.

Datorită atenţiei labile (care antrenează dificultăţi şcolare), solicitat perpetuu de multiple interese, copilul nu se fixează asupra sarcinii date, acumulînd eşecuri, realizînd un decalaj între nivelul mintal care este normal şi nivelul şcolar, care apare cu totul insuficient.

În funcţie de natura sa, *instabilitatea* poate fi *predominant constituţională,* situaţie în care este asociată adesea cu o debilitate intelectuală. Acesta este încă un motiv pentru care *instabilitatea* trebuie denumită *psihomotorie,* spre a-i sublinia dublul aspect, de intricare între dezvoltarea intelectuală şi cea motorie. *Instabilitatea dobîndită* este totdeauna secundară unor afecţiuni somatice (coree, encefalite, traumatisme cranio-cerebrale, hipertiroidie etc.) ; ea se întîlneşte de asemenea în encefalopatii, oligofrenii şi epilepsie. Autorii moderni disting şi o *instabilitate de natură psihogenă* ; ca o consecinţă a atmosferei de insecuritate, a erorilor educative etc., care rup echilibrul afectiv necesar dezvoltării normale a copilului.

Ticurile se întîlnesc frecvent la copil.

Considerînd că ticurile nu apar înainte de 6—8 ani, Meige şi Feindel afirmă că „mişcările nervoase" ale copiilor sub 4 ani nu sînt ticuri.

De o variabilitate şi polimorfism extrem din punct de vedere clinic, se disting ticuri ale pleoapelor, buzelor, limbii, gîtului, umerilor, braţelor, mîinilor, precum şi ticuri respiratorii, alimentare etc. Există, de asemenea, ticuri complexe, combinaţie de ticuri, care pot surveni simultan sau alternativ într-o succesiune variabilă (ca de ex. în boala Gilles de la Tourette).

De amplitudine mică şi lipsite de caracterul obsesional, ticurile pot fi în acelaşi timp ample, intense, spectaculare şi durabile. Cu o evoluţie imprevizibilă şi în orice caz capricioasă, ticurile pot fi amplificate de emoţii sau calmate de repaus şi izolare.

După natura lor, se disting ticuri organice (care au la bază leziuni ale sistemului strio-palidal şi se manifestă clinic prin blefarospasm, spasme tonice ale feţei etc.) şi ticuri reflexe funcţionale.

Mai rare decît ticurile, *ritmiile* constau în mişcări stereotipe de balansare a trunchiului înainte şi înapoi sau de lovire a capului de perete. Acestea apar în special la oligofreni. Uneori mişcările ritmice de lateralitate ale capului sau corpului apar numai în momentul adormirii, şi spre deosebire de prima situaţie întîlnită la oligofreni, aceasta se întîlneşte la copiii normali şi poartă numele de *ticul* sau *ritmia somnului (jactatio capitis).* Atunci cînd oscilaţiile capului se produc în plan orizontal sau vertical, şi numai în timpul zilei, uneori fiind favorizate de fixarea laterală a privirii, este vorba de *spasmus nutans.* El se întîlneşte la copiii indemni din punct de vedere psihic sau motor, putînd fi asociat cu un nistagmus orizontal de diferite etiologii, cît şi cu rahitismul.

BIBLIOGRAFIE

Ajuriaguerra J. de — „Manuel de Psychiatrie de l'enfant", Masson et cie, Paris, 1970.

Allport G. W. — „Pattern and growth in Personality", Holt, Rinehart and Winston, New York, 1961.

Allport G. W. — „The nature of Traits. Excerpts from G. W. Allport, Personality, Holt, New York, 1937.

Baillarger M. — „Recherches sur les maladies mentales", Paris, 1890.

Ball B. — „Leçons sur les maladies mentales", Paris, 1890.

Bard P., Mountcastle V. B. — „The frontal lobe", sub red. J. F. Fulton ; Williams and Wilkins, Baltimore, 1948.

Beley A. — „L'enfant instable", PUF, Paris, 1951.

Bender L., Schilder P. — „Suicidal preoccupations and attempts in children", in Am. J. Ortopsychiat., 1937, 7, 225.

Beringer K. — „Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und seine Erscheinungsweisw", Monogr. Neurol., 49, Springer Verlag, Berlin, 1937.

Bobon J. — „Psychopathologie de l'expression", Masson, Paris, 1962.

Cattel R. B. — „Personality ; a sistematic theoretical and factual study", Mc.Graw Hill, New York, 1950.

Claparède E. — „Feelings and emotions", in Feelings and emotions ; the Wittemberg symposium, ed. by Reymert M. L., New York, 1928.

Claude H., Ey H. — „Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidemique chronique", Presse Méd., 1933, 41, 1281.

Clérambault G. de — „Oeuvres", PUF, Paris, 1942.

Cohen B. D., Grisell J. L., Ax A. F. — „The effects of voluntary sleep loss on psychological and physiological functions", Proc. of 7th Wld. Congr. Psychiat., 1961, 2, 986.

Delay J. — „La dissolution de la mémoire", PUF, Paris, 1942.

Delay J., Deniker P. — „Les effets secondaires des neuroleptiques", Encéphale, 1964, 1, 103.

Delgado J. M. R., Hamlin M. — „Electrical studies on the unanesthetized brain", sub red. E. R. Ranny and D. S. O'Doherti ; Harper (Hoefer), New-York, 1960.

Deshaies L. — „Psychologie du suicide", PUF, Paris, 1947.

Dide M., Guiraud P. — „Psychiatrie générale", Le François, Paris, 1950.

Emret R., Schneider E. — „Photogene Epilepsie mit suchtartiger selbstauslösung kleiner Anfälle und wiederholten sexual-delikten", Arch. Psychiat. Nervenk., 1961, 202, 75.

Esquirol J. E. — „Traité des maladies mentales", Paris, 1838.

Est L. W. — „Hallucinations", Grune and Stratton, London, 1961.

Evarts E. V. — „A neurophysiological theory of hallucinations", in L. J. W. Est, ed. „Hallucinations", Grune and Stratton, New York, London, 1962.

Ey H., Bernard P., Brisset Ch. — „Manuel de psychiatrie", Masson et cie, Paris, 1969.

Ey H. — „Études psychiatriques", vol. I, Désclées de Brouwer, Paris, 1949.

Falret J. — „Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses", Paris, 1890.

Floru R. — „Psihofiziologia atenţiei", ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1967.

Freedman M. A., Kaplan I. H. — „Comprehensive Textbook of Psychiatry", Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.

Freedman A. M. — „Narcotics Addicts in New York : characteristics and management", Excerpta med. (Amst), sect. VIII, 1967, 117, 53.

Freud S. — „Das Ich und die Abwehrmechanismen", Wien, 1930.

Gagern F. von — „Die Zeit der Geschlechtlichen Reifung Seelenleben und Seelenführung, t. 4, Frankfurt, 1964, trad. engl. „The problem of onanism", Crok, London, 1964.

Ghiliarovski A. V. — „Psihiatria", traducere din limba rusă, Editura medicală, Bucureşti, 1956.

Golu M. — „Cîteva consideraţii cu privire la dinamica şi mecanismul personalităţii", Analele Universităţii Bucureşti, seria Filozofie, 1968, 167.

Golu P. — „Omul și procesele psihice în perspectiva psihologiei sociale", Rev. de filoz., 1970, 17, 9, 1 043.
Griesinger W. — „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten", 1845.
Gurevici M. O., Sereischi M. I. — „Manual de psihiatrie", tradus din l. rusă de Chivu Lichter și Polina Flexor-Manzon, Editura medicală, București, 1949.
Haase H. J., Jansen P. A. J. — „The Action of Neuroleptic Drugs", North-Holland Publ. Cie, Amsterdam, 1965.
Hall C., Lindzei G. — „Theories of Personality", John Wiley, New York, 1957.
Hernandez-Péon R. — „Neurophysiological correlates of habituation and other manifestations of plastic inhibition (internal inhibition), Electrenceph. Clin. Neurophysiol., 1960, suppl. 13, 101.
Henderson D., Gillespie R. D. — „Manuel de Psychiatrie pour les étudiants et les practiciens", vol. I, trad. din l. engleză după ed. VII-a, PUF, Paris, 1955.
Heron W. — „Cognitive and physiological effects of perceptual isolation" in „Sensory Deprivation", ed. P. Solomon and others, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1961.
Hilgard E. R., Atkinson R. C. — „Introduction to Psychology", 4th edition, Harcourt, Brace and World Inc., New-York, 1967.
Holst E. W. — „Zur Psycho-Physiologie des Kühnerstammhirns", in J. D. Achelis und H. v. Ditfurth : „Befinden und Verhalten Starnberger gespräche", Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1961.
Hyden H. — „A molecular basis of neuron-glia interaction", in Macromolecular specificity and biological memory", MIT Press, Cambridge, 1962.
Iacobson P. M. — „Psichologhia ciuvsto", Moscova, 1958.
Ivanov-Smolenschi A. G. — „Ocerchii patofiziologhii vîșșei nervnoi deiatelinosti", Medghiz, Moscova, 1949.
Janet P. — „L'évolution de la mémoire", Alcan, Paris, 1929.
Janet P. — „L'automatisme psychologique", Alcan, Paris, 1889.
Jasper H. H. — „Reticular formation of the brain", A Symposium, Little Brown, Boston, 1958.
Kaada B. P. — „Neurophysiology", in „Handbook of Physiology", section I, sub red. J. Field, vol. 2, Amer. Physiol. Ass., Washington, 1960.
Kandinski V. H. O. — „O pseodogalliuținațiah", s predisloviem/1 prime camiami A. V. Snejnevskovo, Moskva, 1952.
Kanner L. — „Child psychiatry", Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1962.
Kerbicov O., Korkina M., Nadjarov R., Snejnevski A. — „Psychiatrie", Edition Mir, Moscou, 1972.
Klüver H. — „Mechanisms of hallucinations", in „Studies in personality", McGraw Hill, New York, 1942.
Korsakov S. S. — „Curs psihiatrii", Moskva, 1901.
Korsakov S. S. — „Izbrannîe proizvedenie", Medghiz, Moscova, 1954.
Kosițki G. I. — „Conștientul și subconștientul" în „Probleme filozofice ale medicinii", Ed. medicală, București, 1963, 175.
Koupernik C., Dailly R. — „Développement neuro-psychique du nourrison", PUF, Paris, 1968.
Kreindler A. — „Dinamica proceselor cerebrale", Ed. Academiei, București, 1967.
Kretschmer E. — „Körperbau und Character", 1 aufl. Berlin, 1921, 19 aufl. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1948.
Kubie L. S. — „Theoretical aspects of sensory deprivation" in „Sensory deprivation", A Symposium, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1961.
Lagache D. — „Elements de psychologie medicale", in „Encyclopedie médico-chirurgicale", vol. I, (37030 A^{10}), Paris, 1961.
Lhérmitte J. — „Les Hallucinations", Doin et cie, Paris, 1951.
Lhérmitte J. — „Origine et méchanismes des hallucinations", études carmelitaines, Desclée de Brouwer, Paris, 1933.
Lilly J. C. — „Learning motivated by subcortical stimulation. The start and the stop patterns of behaviour" in „Reticular Formation of the Brain", Intern. Symposium, Henry Ford Hospital, Little Brown, Boston, 1958.

Lindsley D. B. — „The reticular system and perceptual descrimination", in „The Reticular Formation of the Brain", Intern. Symposium Henry Ford Hospital, Little Brown, Boston, 1958.

Linton R. — „Fundamentul cultural al personalității", ed. Științifică, București, 1968.

Livingston R. — „Central control of receptors and sensory transmission systems" in „Handbook of Physiology" (J. Field ed.), Amer. Physiol. Soc., Washington, 1959.

Lukianowicz N. — „Hallucinations in non psychotic children", Rev. Psychiat. Clin.„ 1969, 2, 321.

Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. — „Clinical psychiatry", Baillere Tindall & Cassell, London, 1960.

Mayer-Gross W., Stein J. — „Allgemeine Symptomatologie. Pathologie der Wahrnehmung". In (O. Bumke hrsg) „Handbook der Geisteskrankheiten", Springer, Berlin, 1928.

Mendelson J., Solomon P., Lindemann E. — „Hallucinations of Poliomyelitis Patients During Treatment in a Respirator", J. Nerv. Ment. Dis., 1958, 126, 421.

Meige H., Feindel E. — „Les tics et leurs traitements", Masson et cie, Paris, 1902.

Michaux L. — „Psychiatrie infantile", PUF, Paris, 1967.

Morel B. A. — „Traité des maladies mentales", Paris, 1860.

Mourgue R. — „Neurobiologie de l'hallucination", Paris, 1932.

Mourgue R. — „Étude clinique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies", thèse, Paris, 1919.

Nuttin J., Fraisse P., Meilli R. — „Motivation, émotion et personalité" in „Traité de psychologie expérimentale", vol. V, PUF, Paris, 1963.

Osmond H., Sarret M., Albahari R. — „Observation Regarding the use of LSD 25 in the treatment of Alcoholism", J. Psychopharmacol., 1966, 1, 2, 56.

Parhon-Ștefănescu C. și colab. — „Lecții de psihiatrie", vol. I, ed. IMF, București, 1963.

Pavelcu V. — „Afectivitatea" în „Tratat de psihologie experimentală", sub red. Al. Roșca, Ed. Academiei R.P.R., București, 1963.

Pavlov I. P. — „Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor", editura Academiei, București, 1953.

Penfield W., Rasmussen T. — „The cerebral cortex of man", MacMillan, New-York, 1950.

Petit G. după **H. Ey** — „Études psychiatriques", 2-ème ed., vol. I. Desclées de Brouver, Paris, 1952.

Piaget J. — „Introduction à l'épistémologie génétique", PUF, Paris, 1950.

Piaget J. — „Six études du psychologie", Gouthier, Genève, 1964.

Piaget J. — „Psihologia inteligenței", Ed. Științifică, București, 1965.

Piaget J., Inhelder B. — „La psychologie de l'enfant", PUF, Paris, 1966.

Pick A. — „Senile Hirnatrophie als Grundlage von Herderscheinung", Wien. Klin. Wschr., 1901, 17, 403.

Popescu-Neveanu P. — „Problemele psihologiei personalității", în „Psihologie generală", sub red. Al. Roșca, ed. Didactică și Pedagogică, București, 1966.

Porot A. — „Manuel alphabétique de psychiatrie", PUF, Paris, 1965.

Ranschburg P. — „Das kranke Gedächtnis", Leipzig, 1921.

Régis E. — „Précis de psychiatrie", Doin, Paris, 1923.

Rennie T. — „The Role of Personality in Certain Hipertensive State", New-Engl. J. Med., 1939, 22, 448.

Ribot Th. — „Les maladies de la mémoire", édition Alcan, Paris, 1905.

Ribot Th. — „De la méthode dans les sciences", F. Alcan, Paris, 1909.

Rorschach H. — „Psychodiagnostic, Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zuffals formen)", Hans Huber, Bern, 1941.
Rubinstein S. L. — „Existență și conștiință", ed. Științifică, București, 1962.
Schiopu U. — „Psihologia copilului", ed. Didactică și Pedagogică, București, 1967.
Schneider K. — „Klinische Psychopathologie", Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1966.
Shentoub S. A., Soulairac A. — „L'enfant automutilateur", Psychiat. Enfant., 1961, 3, 111.
Skinner B. F. — „Science and human behaviour", MacMillan, New York, 1953.
Stutte H. — „Kinder und Jungendpsychiatrie", in Psychiatrie der Gegenwart, band II, Springer Verlag, Berlin, Göttingen-Heidelberg, 1960.
Suhareva G. E. — „Cliniceskie lecții po psihiatrii destscovo vozrasta", tom I, Medghiz, Moskva, 1955.
Tramer M. — „Manuel de psychiatrie infantile generale", PUF, Paris, 1949.
Wernicke C. — „Grundriss der Psychiatrie", Leipzig, 1900.
Ziskind E. — „An explanation of mental symptoms formed in acute sensory deprivation ; researches", Amer. J. Psychiat., 1963, 121, 939.