

CONSTANTIN GORGOS

— sub redacția —

DICTIONAR ENCICLOPEDIC DE PSIHIATRIE

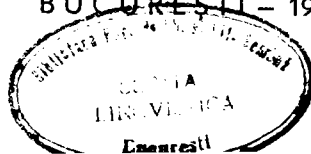
VOL. I

A—D

BIBLIOTECA INSTITUTULUI DE LINGVISTICA
INVENTAR CARTI Nr. 26985



EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI — 1987



Lista autorilor

ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL
BARBU GABRIELA
BOTEZAT ANTONESCU ILEANA
BOTEZAT ANTONESCU LIVIU
CRĂCIUN DAN
GORGOS CONSTANTIN
LITINSCHI GHEORGHE
NĂSTASE ȘTEFANIA COCA
PĂUNESCU ADRIAN
PRELIPCEANU DAN

PUIU OLGA VALERIA
SĂNDULESCU MARIA CARMENA
STOLTZ GABRIELA
STROIAN GABRIELA
ȘANDOR VERONICA
ȘTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL
TALABAN ANDRUCOVICI IRENA
TUDOSE CĂTĂLINA
TUDOSE FLORIN

Grafica

CRIVĂȚ IRINA
HAIDUCU DANIELA

MITACHE MIRELA
VLĂDAIA VALERIA

Fotoreproduceri

BUNESCU MIRCEA

Coordonare lexicografică

IONESCU RUXĂNDOIU LILIANA, RUXĂNDOIU PAVEL

Referent științific

Prof. Dr. Doc. VASILE PREDESCU, Prof. dr. EDUARD PAMFIL

PREFAȚĂ

Psihiatria și-a definit identitatea mai ales în ultimul secol deși izvoarele ei se pierd în multimilenara istorie a suferințelor umane. Din negura vremurilor, elementele ei, adesea fascinante prin apariția și desfășurarea lor nu rareori dramatică, au rămas ca fapte constatative care au ornamentat diversitatea patologiei umane cu acel „ceva” care depășea întotdeauna limitele explicației biologice. Iată de ce conturarea limitelor psihiatriei în drumul ei spre identificare este strâns legată nu numai de disciplinele care fundamentează teoretic și practic științele medicale (fiziologia, fiziopatologia, biochimia, electrofiziologia, genetica etc.) ci și de cele cu implicații profund psihosociale-antropologice.

De altfel, Psihiatria în țara noastră încă de la izvoarele ei cuprinde preocuparea de sănătate mintală și se conturează în elementele de statut al bolnavului psihic încă de la 1659 în pravilele voievodului muntean Vasile Lupu („Semnele nebuniei”), ele se legitimează în conceptele umanitare de îngrijire și tratament (instituții de cult, bolnițe și spitale). Prin publicațiile lui Alexandru Șuțu „Alienatul în fața societății”, „Viața și materia” se conturează unele temeuri de orientare materialist dialectică ale psihiatriei românești. Prin Alexandru Brăescu și Panaite Zosin în Moldova și prin Alexandru Obregia în Muntenia se statuează nu numai identitatea psihiatriei ca disciplină medicală, dar și interdisciplinaritatea ei. Acest sens este ilustrat de C. I. Parhon prin cunoștințele sale în domeniul biologiei, neurologiei, endocrinologiei și psihiatriei. În prima publicație „Boalele nervoase și mentale, prevenirea și tratamentul lor” a dr. Aurel Dobrescu, prefațată de Gh. Marinescu, se afirmă implicațiile sociale ale psihiatriei. Într-o piatră de hotar a constituit-o „Tratatul de patologie neuro-mintală” al Profesorului C. I. Urechia și Dr. S. Mihăilescu, publicat în fascicule între 1924—1931, fascicule care sintetizează contribuțiile psihiatrilor români în general ca și contribuțiile inestimabile ale lui Alexandru Obregia și C. I. Parhon în special.

În cele două decenii care au urmat sînt de remarcat o serie de încercări de a tipări un manual românesc de psihiatrie. Acest deziderat neputînd fi atins s-a recurs la două traduceri din limba rusă, iar la București au fost succesiv litografiate „Lecțiile de psihiatrie” pentru studenți și specialiști.

În acest interval în care se fundamentau și primele planuri de sănătate mintală, în care era inclus ca sarcină fundamentală formarea în ritm alert de cadre de specialitate, a apărut „Terapia psihotropă” (1968), care prin conținutul ei aducea în scena lumii medicale românești nu numai ecourile revoluției terapilor biologice în psihiatrie ci și deschiderea largă către fenomenele complexe ale asistenței bolnavilor psihici. Cu toată fascinația succeselor terapeutice biologice cu substanțe psihice, autorii subliniau că „boala mintală este inseparabilă de un complex social și se exprimă în primul rând prin tulburarea raporturilor dintre individ și societate” (pag. 30) și afirmau că „De mare importanță în resocializarea bolnavului psihic este asistența socială — și ca atare în etapele succesive ale procesului de resocializare — societatea — cu elementele ei instituționale, trebuie să intervină pe o suprafață întinsă, fiind chemată să joace același rol esențial determinant ca și în cazul formării și dezvoltării psihicului uman în general” (pag. 31).

Și pentru a edifica poziția noastră — am subliniat odată cu eficiența terapeutică a psihotropelor — posibilitatea tratamentului ambulator și semiambulator a peste 82% din bolnavii psihici și ca atare am exclus ceea ce artificial s-a susținut ca opțiune a noastră pentru o asistență dominant spitalicească.

Apariția cărții „Psihiatria”, 1976, a fost consemnată ca prima publicație românească de psihiatrie sub forma de manual sau tratat. Această lucrare ca și în „Terapia psihotropă”, autorii nu și-au propus a le socoti puncte terminale și prin evocarea pioasă a contribuției tuturor înaintașilor psihiatriei române, ele au chemat și stimulat o serie de publicații monografice remarcabile: „Itinerar psihiatric” (P. Brânzei) prin care se reliefează conceptul bio-psiho-social în geneza bolilor psihice, „Psihozele”, „Nevrozele”, „Persoană și devenire” (E. Pamfil și D. Ogodescu), prin care se încearcă stabilirea unei dimensiuni antropologice legate de conceptul de trinitaritate în relația individ-bolală-lume. „Psihiatrie clinică — ghid alfabetic” (A. Sîrbu și colab.), realizează o nouă trecere în revistă a unor termeni de specialitate. „Urgențele psihiatrice” (Predescu, St. Nica-Udangiu și Lidia Nica-Udangiu), „Psihiatrie epidemiologică” și „Psihiatrie preventivă” (V. Anghelută, St. Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu) sînt lucrări care au importante implementări în studiul psihiatriei la nivel populațional.

Expansiunea către transdisciplinaritate recreează psihiatria în prezentul ei modern, ca pe o disciplină medicală integrativă care implică o largă varietate a competențelor impuse de existența omului lumii contemporane.

Apariția în 1985 a unei lucrări originale „Vademecum în psihiatrie” (C. Gorgos, C. și F. Tudose, I. și L. Botezat-Antonescu) a reprezentat o nouă etapă în literatura psihiatrică românească. Textul concis, cu expunere metodică și accesibilă, al lucrării oferă atât studentului în medicină cât și medicului de orice specialitate posibilitatea de a-și însuși, bazele psihiatriei, ramură medicală cu care se confruntă zilnic lumea medicală. În plus Vademecum-ul reprezintă o platformă de plecare în formarea fiecărui psihiatru.

Folosind sursa informațională românească, plus literatura mondială de specialitate, autorii au elaborat „Enciclopedia”, lucrare de calitate, în spiritul psihiatriei moderne și încadrată în conceptele „școlii românești de psihiatrie”. Orientată către simptom-țintă și terapie, lucrarea găsește imagini sugestive de descriere a marilor entități nozo-logice, a fenomenelor psihologice și sociologice care nu intră în sfera patologicului dar sînt adesea fundalul pe care pot evolua o serie diversă de disfuncții psihice.

Temerara tentativă a autorilor în dificila, dar justificata, punere în acord a termi-nologiei psihiatrice nu numai cu a altor ramuri medicale ci și cu a altor domenii științifice, fapt ce încearcă să îndeplinească ambițiosul deziderat de acoperire a zonelor de gra-niță între specialități în care, de regulă, exploratorul științific se teme de rătăcire în propriul demers, nu a eșuat. Tinerii autori au încercat să disece și să sintetizeze cunoș-tințele acumulate de literatura de specialitate privind acest „interval liber” cuprins între psihiatrie și fiziologie, fizicăpatologie, neurochimie, endocrinologie, neurologie, socio-logie, etnologie, antropologie, informatică etc. Efortul colectivului este merituos și apre-ciabil prin volumul și calitatea muncii depuse.

Prin claritate, lucrarea devine accesibilă nu numai psihiatrilor sau medicilor în general, ci și publicului larg, oameni de cultură care vor să-și îmbogățescă cunoștințele în acest domeniu care este psihismul uman. Această accesibilitate a nespecialiștilor trebuie interpretată cu foarte mare discernămint pentru că înțelegerea eronată a textului, a definițiilor etc., poate duce la unele confuzii nedorite.

Prin cantitatea de informații (peste 10 000 termeni), prin gradul de complexitate, „Enciclopedia” se înscrie între acele lucrări care apar cu minimă frecvență datorită volumului de muncă investit.

Avînd o concepție clară de redactare dublată de migala pasionatului artizan în an-samblarea capitolelor, „Enciclopedia” se constituie ca un manifest umanist pentru ceea ce înseamnă această frumoasă dar dificilă specialitate — psihiatria. Lucrarea nu face decît să deschidă porțile (în viitor) unor noi realizări mai actuale și mai cuprinzătoare pentru această specialitate.

Prof. dr. doc. V. PREDESCU

București, mai 1987

ARGUMENT

O dificultate pentru cel ce citește literatură medicală o constituie abundența de termeni proprii uneia sau alteia dintre specialități; în cazul psihiatriei, poate mai mult decât în oricare alt domeniu, aceasta poate reprezenta un dublu handicap: atât pentru cel ce dorește informația — și nu o poate dobîndi integral, cît și pentru cel care o oferă și riscă să nu fie înțeles.

Se afirmă că pentru a te face înțeles într-o limbă străină sînt necesare 400—600 de cuvinte, pentru a te descurca în jur de 1 000—1 500, de la 2 000 de cuvinte utilizate riști să devii un mic orator, iar de la 3 000—4 000 de cuvinte se vorbește de virtuozitate în stăpînirea unei limbi. În raport cu acest criteriu de comparație psihiatria, cu cei peste 10 000 de termeni pe care îi vehiculează, încetează de a fi o limbă — este deja o lume.

Scopul mărturisit al acestei lucrări este de a vă invita în această lume a sufletului, a marilor bucurii și suferințe umane, a speranței și decepției, a binelui și răului, a visului și realității, dar, în primul rînd, a dorinței de bine, frumos și dragoste — atribute definitorii omului.

Întrucît, potrivit unui vechi și nedezmințit dicton, cărțile, asemenea oamenilor își au, fiecare, scarta lor — habent sua fata libelli —, rămîne ca tu, drag cititor, acum sau mai tîrziu, să ne învrednicești cu verdictul tău.

CONSTANTIN GORGOS

LISTA ABREVIERILOR FOLOSITE ÎN TEXT

(B) = boală	limba germană = germ.
cf. = conform	limba greacă = gr.
(D) = delir	limba latină = lat.
(DCI) = denumire chimică internațională	(M) = medicament
(F) = fobie	(MC) = medicament compus
(H) = halucinație	(R) = reacție
(I) = iluzie	s = semn, simptom
limba arabă = arab.	(s) = sindrom
limba engleză = engl.	sin. = sinonim
limba franceză = fr.	(T) = test

- Notă : ● toate titlurile articolelor sînt abreviate prin inițiale aldine verzele. De exemplu : ACTIVITATE NERVOASĂ SUPERIOARĂ = ANS ; AMNEZIE RETROGRADĂ = AR ș.a. ;
- săgeata (→) trimite spre articole conexe ;
 - săgeata cu sinonim ($\overset{\text{sin.}}{\rightarrow}$) trimite spre articole sinonime.

AAAA
 AAAAAA
 AAAAAAAAA
 AAAA AAAA
 AAAA AAAA
 AAAA AAAA
 AAAA AAAA
 AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
 AAAA AAAA

1. **A** ● — Prima literă a alfabetului limbii române ;
 - Interjecție sau prepoziție ;
 - Prefix cu sens negativ sau pozitiv (exemplu : anormal, abulic, alexie, apraxie etc.) ;
 - Simbol sau abreviere :
- **A** — simbol utilizat în testul Rorschach pentru cotatele interpretărilor, legate de formele ce pot sugera un animal. În varianta Ad, se utilizează pentru un segment sau parte din reprezentare. A% reprezintă, în cazul aceluiași test, numărul procentual de interpretări din numărul total de răspunsuri.
- **A.A.** — abreviere pentru astazoabazie → ASTAZOABAZIE ;
- **A.A.A.**⁽⁹⁾ sindrom — asocierea tulburărilor afazice, apraxice, agnozice întâlnite în demența presenilă de tip Alzheimer, oferind unul dintre elementele de marcă ale diagnosticului pozitiv și diferențial, izolate sau în asocieri binare ; tulburările pot fi întâlnite în toate stările demențiale → ALZHEIMER⁽¹⁰⁾ boală ;
- **A.A.A.A.**⁽⁸⁾ sindrom — sin. SINDROMUL CELOR 4 A ● Sindrom care reunește descrierea psihopatologică pe care BLEULER a făcut-o disocierii personalității (Spaltung). Simptomele fundamentale sînt :
 - asociația anormală ;
 - afectivitatea modificată ;
 - ambivalența ideativă ;
 - autismul.
 Aceste simptome constituie nucleul psihozei schizofrenice.
2. **AARSKOG**⁽⁹⁾ sindrom — sin. SINDROMUL X FRAGIL ● Eredopatie cu determinare genetică ; transmisie semidominantă legată de cromozomul X. Bolnavii cu acest sindrom

sînt nanici, au membrele de dimensiuni reduse, diferite malformații ale degetelor de la mînă și picior, cu degetul mare opozant. Fața prezintă hipertelorism și modificări ale piramidei nazale. Organele genitale pot de asemenea să fie malformate, prezentînd un „șal” scrotal deasupra penisului.

Tulburările mintale se caracterizează printr-un deficit intelectual de diferite grade (între mediu și sever), la care se adaugă distractibilitatea atenției la copil, hiperkinezia și anxietate la adult. S-au semnalat de asemenea cazuri de asociere cu autismul infantil. Frecvența sindromului este, după autorii americani, de 1‰, din născuții masculi. În ultima vreme se încearcă depistarea precoce prin amniocenteză, dar rezultatele sînt încă discutabile.

3. **ABADIE**^a semn ● Descriș în 1905 în cadrul afecțiunilor psihiatrice de origine luetică — constă în pierderea sensibilității la apăsarea tendonului ahilian. Inițial, i s-a acordat o deosebită importanță clinică — ca și altor semne descrise în luesul nervos ; după introducerea RBW, ele nu mai prezintă decît interes istoric.

4. **ABALIENARE** (cf. lat. *ab* „de la” ; *alienus* „care aparține altuia”) ● Termen care nu se mai utilizează astăzi, dar care în antichitate (GALIEN) și în Evul Mediu (PARACELsus) definea pierderea sau diminuarea, marcată și evidentă pentru anturaj, a facultăților mintale.

5. **ABANDON** (cf. fr. *abandon* „părăsirea unui lucru, persoane sau funcții”) ● Termen cu multiple rezonanțe în psihiatrie, abandonul poate fi definit ca o modificare de durată a unor legături cu puternică semnificație afectivă, pe care subiectul le-a stabilit anterior. Această destrămare relațională implică întotdeauna un răspuns emoțional, care poate îmbrăca forme diverse și grade diferite de manifestare, precum și cei doi poli ai ecuației

— abandonatul și cel care abandonează — care pot fi în mod egal discutați.

Avînd o motivație (corectă sau incorectă), cel ce produce abandonul poate avea sentimentul — de moment sau de durată — de

culpabilitate bilaterală. Acest lucru este universal recunoscut și majoritatea scalelor de stress clasează între primele evenimente pe cele de acest fel. Dă remarcă că acest tip de abandon se poate produce și în mod insidios,



Gerhard Weber

satisfacție (ușurare) sau de insatisfacție (regret) și în genere însă, nu este frecventă atingerea pragurilor clinice la această categorie, în cazul regretului, existînd varianta corectării faptelor și revenirii la vechea situație. Nu același lucru se întîmplă cu cei abandonați, la care se pot evidenția manifestări psihice de intensitate și durată variabilă, cu un colorit infinit, în funcție de structura și unicitatea fiecărei personalități, nivelul de instruire, vîrsta la care se produce acest abandon, existența unei situații psihopatologice latente și gradul de adaptare la noua situație.

Reacțiile de abandon se pot desfășura — în mare — pe două axe: depresie-stupoare-sinucidere; realizînd reacții de inhibiție, sau hiperemotivitate pituitică-bufee delirante-raptusuri agresive, însoțite de reacții cu excitație psihomotorie. Reacțiile sînt, de obicei, urmări ale abandonului brutal, survenit brusc, care găsește subiectul total nepregătit, ele putînd apărea însă și în cazul producerii lente, în anumite circumstanțe.

Abandonul în relația de cuplu familial generează, indiferent de motivația care-l produce, reacții care pot depăși nu o dată bariera nevrotică la subiecții abandonați, precum și o

ca o lentă și permanentă răcire afectivă, care să conducă la abandonarea în fapt a partenerului de cuplu, în pofida unei relații aparente. Alcoolismul, stările depresive și dizarmoniile de personalitate sînt printre etiologiile psihiatrice cele mai frecvente ale acestui abandon.

În cazul instalării lente a abandonului, realizat fie ca act, fie ca situație (pseudoabandon), vom asista la organizarea sentimentului de abandon pe plan complex, sub forma unor procese nevrotice. Ch. ODIER și G. GUEX au descris o „nevroză de abandon” care ar aduce amplificarea temerilor, a anxietății, în legătură cu posibilitatea de a fi abandonat și, implicit, creșterea nevoii de securizare.

Explicația psihanalitică localizează în perioada pre-oidipiană fixarea acestui mecanism, chiar în absența unui abandon real în copilărie. Această discrepanță între sentimentul jenant de abandon pe care îl trăiește subiectul și realitatea obiectivă, se observă și la nevroticul matur, care nu rareori apelează la pseudologie, pentru a convinge auditoriul, sau la refugiul în boală, spre a realiza mila sau înțelegerea celui plecat și, mai ales, a anturajului pe care scontează să si-l alieze. Manifestările clinice

ale nevrozei vor purta amprenta structurii personalității și timpul va estompa intensitatea fenomenelor.

Nivelul psihotic de organizare a bolii în care este implicat abandonul este reprezentat de depresia psihotică — forma melancolică —, de delirul cronic de gelozie, de revendicare, de sentimentul prejudiciului material sau moral. Manifestările sînt întîlnite de obicei, fie la vîrste mai avansate, fie în cazul existenței unei situații psihopatologice latente.

Alcoolicul și ca el, orice toxicoman, nu-și abandonează familia decît ca prim pas în dezastrul de dezinvestire a lumii și realului pe care drogul îl provoacă, pe o cale care duce, în final, la abandonarea propriei condiții umane și la prăbușirea în nebuloasă.

La cîlălat pol, se poate nota că nu o dată și familia poate fi cea care-l abandonează pe alcoolic (sau pe toxicoman), sub presiunea tot mai crescută a agresivității și egocentrismului acestuia, la care se adaugă, cu o frecvență deosebit de marcată, idei delirante de gelozie. Eșecul tentativelor de redresare angrenează accentuarea tendințelor centrifuge, cu ruperea legăturii afective cu alcoolul.

Un fenomen cu o geneză asemănătoare, întîlnit mult mai rar și cu alte implicații asupra celor angrenați în relație, este cel al abandonării bolnavului psihic cronic. După faza de debut a bolii, cînd în majoritatea situațiilor există o suprasistență familială în recuperarea cît mai rapidă a cazului, în condițiile unei evoluții nefavorabile, de lungă durată, sau ale unei succesiuni cu o frecvență deosebită a unor episoade, unele familii sau parteneri sînt tentați să-și abandoneze bolnavul, semnîndu-i, de fapt de abia în acel moment, un certificat în alb de incurabilitate. Acest abandon poate fi explicit (divorț, abandonarea în spital sau cămin-spital) sau implicit (lipsa de coerență în terapiile prescrise, reducerea bolnavului la un nivel vegetativ sau la un nivel de relaționare socială practic nul).

Acest lucru este și mai dramatic atunci cînd bolnavul este vîrstnic, iar abandonul înseamnă și o dezinvestire de atributele statutului social, și așa mult diminuate în mod firesc.

Sentimente puternice de abandonare pot avea și adolescenții care, în plină criză de dezvoltare, simt uneori nevoia unui sprijin mai accentuat din partea adulților. Familiile dezorganizate, părinții dizarmonici sau bolnavii mintal reprezintă doar cîteva dintre categoriile care nu pot acorda acest tip de ajutor, mai ales atunci cînd situațiile cu care se con-

fruntă adolescentul sînt mai dramatice (eșecuri școlare, agresiuni sexuale sau impasuri sentimentale, infirmități fizice etc.). Reacția față de abandon poate lua în aceste cazuri, un caracter deosebit de dramatic, fapt care explică frecvența mai ridicată a tentativelor de suicid la această vîrstă.

Gama variată de situații existențiale în care se poate înregistra abandonul impune din partea psihiatrului o dublă direcționare: identificarea corectă a cazurilor de abandon și depistarea lor în patomorfoza tulburărilor analizate.

În general, nu există un raport direct între realitatea faptică și intensitatea trăirilor sentimentului de abandon, faptul fiind mai evident în cazul adolescentului și al vîrstnicului, pentru care problemele legate de abandon trebuie judecate critic și cu destulă circumspecție, și datorită apariției reacțiilor cu interval liber și amplificării pseudoabandonului. Vîrsta are o importanță marcată în instituirea și evoluția sentimentului de abandon, ceea ce obligă la o tratare aparte.

6. ABANDONAREA DE SINE ● Stare ce prezintă numeroase fațete, interesante pentru analiză datorită cauzelor, dimensiunilor și intensității trăirilor pe care le poate produce. Astfel, subiectul aflat în creuzetul unui proces creator (artistic, științific, social-politic etc.) va avea „momente” (de durată variabilă pe axa timpului), în care toată energia sa psihică, tot elanul său creativ, vor fi puse în slujba atingerii țelului propus, celelalte preocupări fiind părăsite vremelnice. Modul în care psihicul uman se organizează cîteodată în fața unei agresiuni psihogene — reacția afectivă, de intensitate nevrotică sau psihotică — poate oferi la un moment dat imaginea unei personalități care se abandonează, renunță să lupte, bate în retragere, adîncindu-se de obicei în culisele depresiei. Dintre personalitățile dizarmonice, paranoiacul nu se abandonează decît cauzei pentru care luptă neîncetat, și care devine temelul abandonării realității. Tîrît de puternicele vînturi ale afectivității, atingînd nivelul unui uragan, depresivul sau maniacalul se abandonează pe panta ascendentă sau descendentă a imensului val care-l poartă în deruta existenței, nemaiputînd stăpîni frînele ținute de mina rațiunii, diminuînd sau exagerînd nevoia de contact uman, într-un timp pe care fenomenologii îl descriu ca lipsit de dimensiunea viitorului. Numai schizofrenul este protagonistul monologului pe care-l recită singur, pe o scenă goală, aflată la o distanță imensă față de spectatori,

abandonîndu-se propriului rol, propriei lumi în care se scufundă. Apărător al unei „fortărețe pustii”, el rămîne să se lupte cu tenebrele imaginarului abandonînd sentimentul realului.

7. ABANDONIC ● Termenul caracterizează subiecți care, nefiînd copii în mod real abandonăți, sînt caracterizați totuși printr-o aviditate afectivă insașiabilă, angoasă, asociată cu agresivitate reacțională, nonvalorizare de sine, atitudine catastrofică, tendințe regresive. Acestui buchet de simptome J. L. FAURE îi adaugă și o determinare constituțională, fizică și intelectuală, interesînd toți parametrii clasici.

Pentru psihanalisti (J. BOUTOUNIER, G. GUEX, D. LAGACHE, Ch. ODIER), modelul abandonicului a constituit începutul unei adevărate reacții în lanț, devenind suportul descrierii unei nevroze de abandon, a unei angoase de abandon, a unei fantasme de abandon, a unui abandon primar (al sugărilor), al unuia secundar și chiar a unui complex de abandon, entități care n-au supraviețuit probei timpului.

Toate aceste elemente, care se referă în fond la un pseudoabandon, nu trebuie neglijate în cazul copiilor real abandonăți, evenimente ale cărui amprente sînt de necontestat, inclusiv determinarea constituțională, evidențiată la aceste cazuri de Olimpia MACOVEI (1986) în recentul său studiu.

● *Abandon* → *complex*: termenul aparține lui GUEUX și se confundă cu cel de NEVROZA DE ABANDON → ABANDON, COMPLEX, NEVROZA DE ABANDON.

8. ABANDONUL BĂTRÎNULUI ● Evenimentele ce pot conduce la sentimentul de abandon în această etapă sînt multiple și, deși previzibile, capătă totuși un răsunset deosebit, manifestîndu-se sub o mare varietate, atît a formelor cit și a intensității — depresii nevrotice sau psihotice (melancoliforme) cu risc suicidal, reacții ostile sau revendicative, idei de prejudiciu moral. Sentimentul de abandon cunoaște o causalitate legată, cel mai frecvent, de pierderea soțului (soției), a rudelor apropiate, de reducerea contactelor cu copiii, de scăderea activității zilnice prin pensionare sau handicap biologic. Reacția violentă la abandon a bărbaților rămași singuri prin decesul partenerului a atras atenția prin frecvența ei, net superioară celei înregistrate la femeile vîrstnice în aceeași situație. Printre multiplele explicații posibile, cea mai utilizată (deși evident nu și singura acceptată) este aceea a mecanismului de supapă reprezentată de activitățile menajere, care asigură o mai bună

protecție, atît prin activitatea în sine, cit și prin continuitatea acesteia în raport cu perioada anterioară.

Este unanimă părerea că deteriorarea pe plan psihic în cadrul îmbătrînirii fiziologice avansează în progresie geometrică atunci cînd, dintr-un motiv sau altul, intervine sentimentul de abandon. Merită a fi menționată, în cazul vîrstnicilor, și situația „falsului abandon”, trăit la fel de dureros ca și cel real, dar fără ca acesta să existe.

Bătrînul are într-adevăr nevoie, ca și copilul, de mai multă afecțiune și, în majoritatea cazurilor, el consideră că o și merită într-o măsură mai mare decît i se acordă, uitînd că afecțiunea dorită este normal să fie acum împărțită cu alții (copii, cuplu) — exact așa cum s-a întimplat și în cazul lui, într-o etapă anterioară. Nu trebuie omisă nici dimensiunea timpului, care este total diferită; în vreme ce unora le rămîne prea mult timp disponibil, care s-ar dori împlut cu cit mai multă afecțiune, ceilalți, deși păstrează afecțiunea, nu mai au timp spre a și-o putea manifesta. În cazul „falsului abandon”, ar trebui să primim mai critic maxima-lui LA ROCHEFOUCAULD: „Ingratitudinea cea mai odioasă, dar în același timp cea mai frecventă și mai veche, este aceea a copiilor față de părinții lor”.

9. ABANDONUL COPILULUI ● Act care implică întotdeauna depășirea barierei normalului pentru a trece în patologic. Abandonul copilului a fost din toate timpurile și în toate societățile considerat nu numai un act patologic, ci și reproabil. Existența unei tendințe naturale de protecție și atașament din partea părinților față de copil pune cu atît mai mult sub semnul tulburării psihice asemenea manifestări, cu cit ele se opun unui dat instinctual.

Societatea caută să compenseze prin instituții specializate incapacitatea psihoemoțională a genitorilor, atît prin leagăne și case ale copilului, cit și prin încurajarea adopțiunii.

Problema copilului abandonat nu este de fapt interesantă din punctul de vedere al celor care-l abandonează — categorie în care se încadrează alături de imaturitatea psihoafectivă, debilitatea mintală, endogeniile, alcoolismul, dizarmoniile grave de personalitate. De altfel, legea prevede pentru majoritatea acestor cazuri dreptul de întrerupere legală de sarcină pentru evitarea unui produs de concepție cu risc de abandon.

Problema deosebită este, de fapt, a celui abandonat, care va fi confruntat cu carențe afective cu atît mai intense, cu cit vîrsta abandonului a fost mai mică. Un exemplu

„experimental“ îi oferă hospitalismul (SPITZ), fenomen care apare la sugarul internat perioade mai îndelungate, fără mamă, în unități spitalicești.

Abandonul copilului poate fi însă și „mască“, când în relațiile dintre părinți apar tensiuni cu potențial destructiv asupra familiei. Copilul devine un „exclus“, care, receptiv și statutul, poate dezvolta o întreagă patologie nevrotică (regresivă după unii autori): ticuri, balbism, enurezis, anorexia infantilă.

Tratamentul acestor cazuri este, desigur, deosebit de dificil, pentru că adesea nu poate fi exclusă cauza neurozei. Deși oferă descrierea unui tip infantil particular, pre-oedipian, având o structură caracterială și necesități afective în afara normalității, psihanaliza își recunoaște neputința totală în ceea ce privește terapia acestor cazuri.

Un ultim aspect este legat de apariția unor sentimente tranzitorii de abandon, atunci când în familie apare un frate mai mic care polarizează, bineînțeles temporar, atenția părinților. Depășirea unei astfel de situații se realizează, de obicei, fără intervenția medicului, iar atunci când acesta intervine, o face cu mijloace psihoterapice.

10. ABAROGNOZIE (cf. gr. *a* „lipsit de“ și *baros* „greutate“ și *gnosis* „cunoaștere“) → **BARAGNOZIE**.

11. ABASEV — KONSTANTINOVSKI⁽⁹⁾ **sindrom** ● Denumire dată (după autorii care l-au descris) unui complex simptomatologic constând din deteriorare mintală severă, cu debut brusc și evoluție cronică. Apare în urma unor tulburări importante ale circulației cerebrale și persistă, cronicizându-se, chiar dacă impulsul hemodinamic a fost rezolvat.

12. ABATERE (cf. lat. *abbattere* „a se de-părta“) ● Termen prin care se definește, în general, îndepărtarea de la o normă (statistică, socială, juridică etc.). Cum aproape toate activitățile umane se desfășoară prin referință la un sistem de norme, abaterea poate apărea practic în multiple domenii: în tehnică, abaterea este definită de diferența dintre o mărime măsurată și valoarea ei considerată etas (de referință); în drept, este considerată a fi încălcarea de către subiect a unor norme stabilite și unanim acceptate; în statistică, reprezintă diferența dintre valoarea măsurată, proprie unor variabile, și media tuturor variabilelor. În psihologie și psihiatrie, abaterea se referă la diferența care apare între compor-

tamentul unui individ și cel al restului colectivității, sau la o îndepărtare față de comportamentul considerat normal, fără însă ca existența acestei diferențe să constituie neapărat o situație patologică. Exemplul tipic de abatere comportamentală este reprezentat de personalitatea dizarmonică. Conceptul de abatere presupune atât aspectul cantitativ, cât și pe cel calitativ, deoarece sistemele de referință folosite în analiza psihismului sînt extrem de complexe. Întreaga psihopatologie are în vedere aceste două axe ale abaterii, în referință directă la o bandă de variații corespunzătoare ca sistem al normalității.

13. ABATERE STANDARD ^{sin.} → **DEVIAȚIE STANDARD**.

14. ABAZIE (cf. gr. *a* „lipsit de“ și *basis* „a merge“) ● Termen introdus pentru a denumi imposibilitatea de a merge normal, asociată în general cu imposibilitatea de a sta în poziție verticală → **ASTAZIE**, care de regulă precedă abazia. Se întâlnește în afecțiuni organice ale sistemului nervos, dar și în neuroza isterică, la structurați dizarmonici de tip isteric, precum și în simulație, mai frecvent în cazul unor intelecte liminale sau la debilități mintale. Este necesară diferențierea abaziei de natură psihogenă (isterică) de cea neurologică (organică), prima caracterizându-se prin debut brusc, reactiv, și prin absența semnelor de organicitate medulară (absența modificării reflexelor) și a tulburărilor de sensibilitate (cu topografie paralelă), care, chiar dacă sînt prezente, au un caracter atipic. În determinările psihogene mișcările membrelor inferioare sînt, de obicei, perfect executate în poziția șezînd sau culcat.

15. ABCES CEREBRAL (cf. fr. *abcès; cérébral*-) ● Colecție purulentă bine determinată, situată în parenchimul cerebral, cu etiologie bacteriană, micotică sau parazită, a cărei simptomatologie variază atât în funcție de stadiul evolutiv, cât și în raport cu localizarea, semnele psihice putînd preceda sau însoți tabloul neurologic. Poate fi vorba de abcese primare (mult mai rar), prin evoluția unei encefalite localizate spre abcedare, și (mult mai frecvent) de abcese secundare, provenite din supurația unei plăgi cranio-cerebrale, din propagarea prin continuitate a unor infecții de vecinătate (otite, otomastoidite) sau metastatice (la distanță): pulmonare, endocardice, pelviene. Germeii responsabili sînt deseori streptococul, stafilococul auriu, pneumococul, bacterii anaerobe, gram-negative,

de cele mai multe ori rezistente la antibiotice, determinând singure sau în asociere abcesul. Elementele definitorii ale simptomatologiei legate de prezența unui abces sînt : tulburări psihice, semne neurologice, sub forma unei afectări cerebrale globale sau a unui sindrom facial ce poate indica sediul tumorii, sindrom infecțios acut, urmat de interval liber. Simptomatologia clinică poate fi reprezentată de tulburări psihice generale, prin suferința de ansamblu a encefalului, datorată efectelor toxico-infecțioase sau hipertensiunii intracraniene și de tulburări psihice de focar, datorate localizării particulare a abcesului.

Psihiatrul se confruntă mai ales cu aspectul confuzional pe care îl realizează sindromul de hipertensiune intracraniană în cazul existenței unei colecții mai importante (cefalee, vărsături, stază papilară, bradicardie). Sindromul confuzional se poate agrava progresiv spre comă, trecînd mai rapid sau mai lent prin toate stadiile acestora. Debutul delirant-halucinator este rarisim.

Sindromul focal indică locul situării abcesului la nivelul parenchimului cerebral, conturînd tablouri clinice caracteristice, ce pot fi schematizate în : tulburări psihice permanente, tulburări psihice paroxistice și tulburări neurologice.

Sindromul infecțios acut (febră, frisoane, cefalee, astenie, scădere ponderală) produce, de obicei, tulburări psihice și neurologice, fiind urmat de o perioadă de latență de 1—4 săptămîni.

Diagnosticul pozitiv se realizează prin evidențierea tulburărilor psihice permanente, nespecifice, de intensitate fluctuantă, într-un interval scurt de timp (ore, zile), a tulburărilor psihice paroxistice (cu semnificație focală) și a celor neurologice (globale sau sindrom focal), precum și prin prezența unui sindrom infecțios în evoluție. Examele paraclinice (EEG, arteriografia, scintigrama cerebrală, examenul fundului de ochi, tomografia computerizată) sînt de un real ajutor. Puncția lombară și encefalografia gazoasă sînt contraindicate atunci cînd se suspectează un abces, din cauza riscului angajării cerebelo-amlgdaliene. De altfel, lichidul cefalo-rahidian nu apare modificat decît în situația ruperii abcesului în ventriculi sau subarahnoidian.

Diagnosticul diferențial este același cu al tumorilor cerebrale. Deși din ce în ce mai rar, datorită măsurilor de profilaxie și terapie a infecțiilor, abcesul obligă la o intervenție neurochirurgicală promptă.

16. ABCES DE FIXARE ● Veche metodă de tratament a unor suferințe psihice de in-

tensitate psihotică, abandonată cupă 1920, practicarea ei ulterioară explicîndu-se prin carențele de informație medicală. Ideea utilizării unei asemenea metode pleacă de la observația clinică potrivit căreia simptomatologia psihică ar diminua sau chiar retroceda temporar după o afecțiune febrilă însoțită de delirium și convulsii. După 1900, JAUREG își concentrează observațiile asupra stărilor febrile din evoluția paraliziei generale progresive, constatînd, după consumarea acestora, o îmbunătățire a stării pacientului. Întrucît în epoca respectivă era greu de stăpînit un acces febril marcat (care putea fi fatal subiectului), el s-a gîndit la producerea febrei prin impaludarea bolnavilor de paralizie generală progresivă —, după ce încercase același lucru cu tuberculină și piocianină. Astfel, la nașterea în 1917 malarioterapia, care a reușit să obțină, în acel timp, unele rezultate pentru evoluția paraliziei generale progresive (fiind, de altfel, singura metodă utilizată în terapia acestor boli pînă la apariția penicilinei). Încercarea de a obține puseul febril prin realizarea unui abces nu a dus la rezultatele scontate. În 1920, într-o foarte interesantă lucrare, JAUREG arată absența oricărui rezultat atît în tratarea restului psihozelor prin malarioterapie, cît și în tratarea paraliziei generale progresive prin abcesul de fixare. El demonstrează astfel nu numai acțiunea malarioterapiei exclusiv în paralizie generală progresivă, ci și inutilitatea continuării încercărilor terapeutice legate de abcesul de fixare. Din motive greu de imaginat, metoda a continuat să fie încercată, evident fără succes, în stări confuzionale (ROZIES — 1921 și PASCAL — 1924). Mai mult, DESCHAMPS și CHRABOLOWSKA o vor utiliza pînă în 1937 în mod sistematic, susținînd, în cadrul unui important congres internațional, că „abcesul de fixare, dacă nu vindecă, cel puțin accelerează evoluția favorabilă a confuzului agitat” (eleganța eufemistică a formulării merită a fi reținută). Pînă la descoperirea unor psihotrope adevărate, pentru reducerea intensității reacției locale, GUIRAUD recomandă înlocuirea esenței cu uleiul de terebentină, care permite o piretoterapie mai de durată (1940). Metoda aparține astăzi doar istoriei psihiatriei.

17. ABELY⁸ semn ● Tendință a bolnavilor de a se examina atent și insistent în oglindă, în special în regiunea feței. Verificare compensatorie a dismorfofobiei, semnul Abely se întîlnește în debutul schizofreniei și al unor psihoze paranoid-hipocondriace. Poate îmbrăca, cu timpul, un caracter stereotip. Este

destul de greu de diferențiat la vîrsta respectivă de tendința unor adolescenți de a se privi excesiv în oglindă.

18. ABDICARE (cf. lat. *abdicare* „a renunța”) ● Ațitudine de renunțare la luptă, de resemnare în fața greutăților existenței materiale și spirituale, de demisie și situație în care subiectul abandonează orice tentativă de acțiune pe care i-o impune rațiunea, lăsîndu-se covîrșit de povara afectelor negative care-i paralizază voința. Constituie unul dintre mecanismele de producere a reacțiilor nevrotice. Prezentă și în tablourile psihotice, abdicarea în fața simptomatologiei, cu care subiectul se simte incapabil de a continua lupta, este un semn de gravitate și poate fi urmată de suicid.

19. ABERAȚIE (cf. lat. *aberrare* „a se rătăci, a se depărta”) ● Termen ce definește o abatere de formă, structură și funcție de la tipul normal (majoritar). Prin extensie, termenul a căpătat o utilizare mai mult sau mai puțin corectă, în sensul de idee, noțiune, comportament sau structură — aberante, ca echivalent al patologicului.

20. ABERAȚIE ALIMENTARĂ ● Categorie de tulburări ale comportamentului alimentar cuprinzînd :

- tulburări ale secvențializării normale a actelor care precedă digestia → **MERICISMUL** ;
- tulburări constînd în ingestia de substanțe nonalimentare — paraoroxiile → **PICA**, **APSOMANIA**, **COPROFAGIA**.

Aberațiile alimentare pot fi pasagere (pica, apsomania la copil sau adult) sau pot face parte din tabloul simptomatic al unor stări deficitare importante (oligofrenii, demențe) sau dizarmonii structurale grave ale personalității (mericismul, coprofagia). S-a constatat o corelație semnificativ pozitivă între apariția coprofagiei la copil și comportamentul ostil inconștient sau starea depresivă a mamei.

Din punct de vedere psihanalitic, pica apare ca o apărare împotriva pierderii sentimentului de securitate cu sau fără abandon real, iar coprofagia la schizofreni ca fenomen de regresie la stadiul oral.

21. ABERAȚIE CROMATICĂ (cf. gr. *chroma* „culoare”) ● Tulburare a analizatorului optic, constînd din percepția unor imagini lipsite de claritate, uneori înconjurate de cercuri colorate. Tulburarea se datorește unui defect de refracție a radiațiilor luminoase de diferite lungimi de undă (exemplu, „miopia” la culoz-

rei albastră). Element util în diagnosticul diferențial al halucinațiilor, mai ales la copii.

22. ABERAȚIE CROMOZOMIALĂ (cf. gr. *soma* „corp”) ● Modificări cu efect patogen privind numărul sau structura cromozomilor. Materialul cromozomial poate fi în exces sau în minus. Poliploidiiile sînt aberații numerice în care întregul set cromozomial este afectat (numărul cromozomilor fiind multiplu de n-triploidie, tetraploidie etc.). Aneuploidiiile (monozomia, trisomia, polisomia) sînt tot aberații numerice referitoare la unul sau mai mulți cromozomi din garnitura diploidă. În cazul aberațiilor numerice, cauza cea mai frecventă este nondisjunția (lipsa de separare și migrare a cromatidelor). Aberațiile privind structura cromozomilor au efect patogen mai mare. Amintim dintre acestea deleția, translocația, duplicația, inversiunea etc.). Alături de anomaliile morfologice și viscerale pe care le induc aberațiile cromozomiale, se citează frecvent și diverse grade de întîrziere mintală, structurări dizarmonice ale personalității etc.

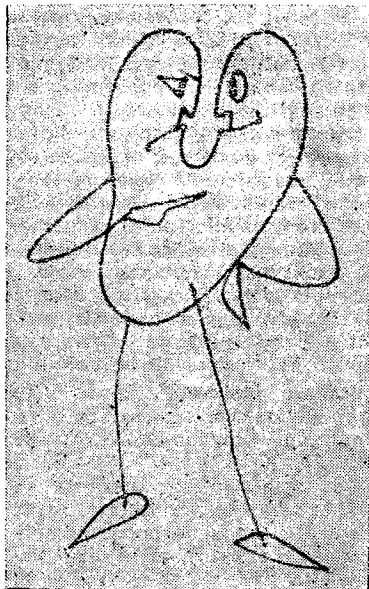
În ordinea frecvenței, dintre aberațiile numerice autosomale se situează trisomia 21 sau sindromul Langdon-Down, idiție mongoloidă* (47, XY+21 ; 47, XX+G), în care întîrzierea mintală este evidentă (QI sub 60—70). La adulți se manifestă episoade psihotice, demențe senile. În poligonosomii (exces de cromozomi sexuali), ca în cazul sindromului Klinefelter (47, XXY) se descriu tulburări de personalitate cu imaturitate și elemente schizoide, riscul delincvenței este crescut (aceasta fiind secundară tulburărilor de comportament), se manifestă tendința spre perversiuni sexuale. Sindromul a fost observat ca avînd o incidență crescută în rîndul bolnavilor schizofrenici ; QI este în general de 80. În sindroamele 48, XXYY și 47, XYY tendința spre delincvență este și mai crescută, iar întîrzierea mintală mai accentuată. HASHI citează o rată crescută a trisomiei X (47, XXX) la schizofreni.

Aberațiile cromozomiale cu deficit de cromozomi sexuali : sindromul Turner — monosomia X — (45, XO), determină, printre altele, o întîrziere mintală mai ușoară.

Afectarea autosomilor induce deci pe plan psihic întîrziere mintală, iar aberațiile gonosomilor dau tulburări de comportament, predispoziție pentru delincvență sau sindroame de tip schizofrenic, dar un grad mai redus de întîrziere mintală. Observarea unei incidențe

* Denumire neacceptată de OMS în momentul de față.

creștute a delincvenței la unii subiecți cu aberații cromozomiale a dus la formarea unei ipoteze potrivit căreia ar exista un „cromozom al crimei”. Patricia JACOBS a lansat această idee în 1965, cromozomul „criminal” fiind



un Y suplimentar. Purtătorii acestui defect genetic au căpătat astfel titlul, puțin invidiat, de „criminali înnașcuți”. A fost necesar să treacă aproape un deceniu până s-a demonstrat (MEDNICK) că ipoteza cercetătoarei scoțiene este nefondată. Aberațiile cromozomiale își au mai frecvent originea în influența exercitată de factori externi și interni în momentul formării gameților sau în timpul primelor diviziuni ale oului, iar uneori sînt ereditare.

23. ABERAȚIE MINTALĂ ● Termen astăzi puțin uzitat, imprecis delimitat, care desemna devierea, în genere pasageră de la normal a unei judecări, fie prin deformarea percepției, fie prin interpretarea greșită a realității. A avut sensul fie de tulburare mintală, fie chiar de boală și cînd este total pasageră reprezintă un demn model a ceea ce în limbajul curent se numește o prostie.

24. ABERAȚIE SEXUALĂ ● Termen vechi, folosit pentru a desemna o perversiune sexuală sin.
→ PERVERSIUNI SEXUALE.

25. ABESTA^(M) Franța — DCI *Reserpînă* ● Neuroleptic sedativ — derivat alcaloid rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat — cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensivă. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

26. ABETALIPOPROTEINEMIE — sin. ACANTOCITOZĂ și DEGENERESCENTĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ și STEATOREE → sin. BASSEN-KORN ZWEIG^(P) boală.

27. ABILIT^(M) Japonia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv — derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressivă, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în psihosomatică. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL, incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

28. ABILITATE (cf. lat. *habilitas* „aptitudine, facultate” cf. și *habilis* „ușor de minuit, ușor de adaptat, potrivit”) — sin. DEXTERITATE și DIBĂCIE și INGENUOZITATE și ISCUSINȚĂ și INDEMINARE ● Termen care, în sine sau prin sinonimele sale, desemnează substratul constituțional sau dobîndit al unor calități ale proceselor psihice antrenate în rezolvarea unor sarcini concrete (în sens de ușurință, rapiditate, precizie și calitate superioară în executarea unor acțiuni musculare, manuale) cît și maniera de comportare în anumite situații (strategia de sustragere „diplomatică” a unei persoane din fața unor situații ambigue coercitive, decizionale, riscante sau presupunînd responsabilități crescute). Abilitatea constituie fundamentul pentru formarea și utilizarea corespunzătoare a deprinderilor și cunoștințelor.

29. ABIOTROFIC (cf. gr. *a*, *an* „lipsit de” și *bios* „viață” și *trophe* „nutriție”) ● Desemnează diminuarea prematură a vitalității celulelor organelor sau a organismului în întregime, atribuită unor afecțiuni ereditare și familiale (datorate unor anomalii genetice) sau lipsei factorilor nutritivi. Gradul de distrofie este evaluat după deficitul ponderal, prezența palorii, a tegumentelor uscate și ridate, după lipsa de reactivitate (de elan) sau lentoare în dezvoltarea psihomotorie a copilului, vulnerabilitatea la boală etc. Abiotrofia poate să deter-

mine insuficiența funcțională a unor grupe sau sisteme neuronale sau să împiedice completa lor dezvoltare, ceea ce antrenează fenomene degenerative. Exemplu : coreea Huntington, boala Friedriech, idiopia amaurotică Tay-Sachs, epilepsia mioclonică, boala Wilson, boala Parkinson, demențele presenile Alzheimer și Pick. Încercările de a explica prin abiotrofie bolile psihice în totalitatea lor au eșuat. Astfel, LEWIS susținea că în schizofrenie există o hipoplazie cardiacă și o insuficiență funcțională a cordului și pune pe seama acestor tulburări abiotrofice tendințele autiste ale schizofrenului ; GOWERS considera demențele drept produsul unei viabilități limitate a celulelor nervoase abiotrofice ; toate aceste concepții, depășite azi, nu au ținut seama de gradul de diferențiere a bolilor după criteriul morfoclinice.

30. ABIS-ABISAL (cf. lat. *abyssus* „prăpastie, abis”) ● Preluat din filozofie, termenul semnifică, prin opoziție cu superficialul și direct observabilul, ceea ce ține de straturile sau nivelurile profunde ale persoanei, care nu sînt direct accesibile conștiinței. Se poate afirma că psihanaliza, ca psihologie abisală a vieții inconștiente, a apărut ca o reacție la psihologia tradițională a conștiinței, de tip wundtian. Explorarea inconștientului se realizează pe baza testelor proiective (Rorschach, TAT, CAT, Jung etc.) și a diferitelor tehnici psihoterapeutice (psihanaliza, artterapia, psihodrama etc.) care stimulează „proiecția”, sau prin analiza simptomelor nevrotice, a viselor, lapsusurilor, actelor ratate. Nuanța de abisal se va aplica nu numai psihanalizei freudiene, ci și altor psihologii cu sorginte în școala de la Viena : psihologia individuală adleriană (care nu respinge punctul de vedere generic al lui FREUD, ci doar schimbă accentul de pe teoria libidoului pe complexul de inferioritate), psihologia analitică jungiană (care, de asemenea, admite ideea inconștientului ca factor dinamizator al relației cu lumea, dar dezvoltă mult această noțiune, adăugînd inconștientului ontogenetic pe cel ancestral, arhetipal, care este filogenetic). În aceeași categorie a psihologiilor abisale, poate fi integrată școala neofreudistă (FROMM, HORNEY etc.).

31. ABLACTAȚIE (cf. lat. *ablactatio* „întărcare”) ● Încetarea alăptării copilului de către mamă. Cu multă vreme înainte, pe seama acestui moment au fost puse, de către credințele populare, manifestările psihopatologice ale post-partumului („urcarea laptelui la cap”). S-au emis ipoteze despre rolul pe care modifi-

carea constelației endocrine produse de ab-lactație îl are în declanșarea psihozelor post partum. Pentru psihanalizii, ab-lactația, ca su-primare parțială a alimentației lactate, ca tre-cere la alimentația diversificată și separare relativă de corpul mamei, nu marchează obli-gatoriu sfîrșitul stadiului oral, dar modalitatea de separare, modificările relației mamă-copil, motivele profunde care grăbesc sau întîrzie momentul ab-lactației (rejecția copilului sau fixarea compensatorie, nevrotică la copil) pot determina fixații orale, responsabile de tulbu-rările psihice ulterioare. Tentativa de a ex-plica, cel puțin parțial, apariția unor toxico-manii și a unor psihoze prin acest mecanism nu reprezintă decît un mod de a găsi o expli-cație și nu neapărat o realitate.

32. ABLEPSIE (cf. gr. *a-* ; *blephsis* „vedere”) sin. → CECITATE.

33. ABLUTOMANIE (cf. lat. *ablutio* „spă-lare” ; gr. *mania* „nebulie”) ● Acțiune im-pulsivă a subiectului de a-și spăla în mod exa-gerat și repetat mîinile și, în cazuri mai rare, întregul corp.

Descrisă de ESQUIROL (1838) ca însoțind delirul de contact (folie du toucher), ablutomania are rolul de a descărca anxietatea gene-rată de ideea obsesivă și ia, deseori, aspect de ritual. Poate atinge desfășurări dramatice, unii bolnavi consumînd cantități enorme de săpun, în raport cu normalul, sau producîndu-și prin spălare afecțiuni ale pielii mîinilor. Apariția ablutomaniei într-un tablou de tip obsesivo-fobic este, după unii autori, un semn de gra-vitate. Ablutomania se poate întîlni și în psi-hozele schizofrenice, în care spălarea devine un act simbolic, purificator de păcat (cel mai adesea, legat de activitățile masturbatorii).

Tratamentul acestui simptom se face în cadrul afecțiunii de bază, deseori însă fiind deosebit de dificil de rezolvat.

34. ABNORMALITATE (cf. lat. *ab-* ; fr. *nor-mal*) ● Termen mai puțin utilizat, care desem-nează o abatere cu plus sau minus de la limi-tele normalului. Acreditarea sa spre a desemna absența semnificației patologice nu corespunde realității, întrucît ceea ce nu este normal nu poate fi definit ca nepatologic. Încercarea de revitalizare a termenului prin considerarea abnormalității drept diviziune a psihologiei care s-ar ocupa de studiul tulburărilor psihice este dificil de acceptat și nerelevantă.

35. ABRAHAM Karl (1877—1925) ● Psihi-atru și psihanalist german, care are meritul de a fi introdus opera lui FREUD în psihiatria

germană. Își începe activitatea la Zürich, în Clinica Burghölzli, ca asistent al lui BLEULER, avându-l coleg pe JUNG. În această perioadă vine în contact cu opera lui FREUD, pe care în 1907 îl va cunoaște personal și cu care va purta o vastă corespondență pe teme variate, dintre care mai bine conturate ar fi aspectele privind utilizarea narcoticelor în masturbație, ceremonialele amoroase, căsătorii consanguine, autoerotism și pulsivitatea anale. În 1910 înființează „Mica societate psihanalitică berlineză”, care, în 1920, va deveni Institutul de formare și terapeutică — primul loc în lume unde se va acorda asistență medicală celor ce nu-și puteau permite costul unei cure psihanalitice. În ultimul an al vieții (cancer pulmonar la 47 ani) este ales președinte al Asociației psihanalitice internaționale, în cadrul căreia a încercat încă o dată ceea ce nu reușise timp de un deceniu: împăcarea lui JUNG cu FREUD. A fost un distins clinician, cu o largă serie de preocupări: nevroza de război, dezvoltarea libidoului, erotismul anal, abordarea psihanalitică a psihozelor — schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă — și a demențelor. Continuatoarea operei sale a fost Melanie KLEIN.

36. ABREACȚIE (cf. lat. *ab-* și *regere* „a reacționa”) ● Descărcare emoțională având drept urmare eliberarea de un afect legat de amintirea unui eveniment traumatic, modalitate prin care afectul nu devine patogen. Această descărcare emoțională (abreacție) produce un efect de catharsis. Poate fi provocată în cursul psihoterapiei sau sub hipnoză, dar are loc și în mod spontan, la un interval de timp mai lung sau mai scurt de la traumatismul inițial. Termenul a fost introdus de BREUER și FREUD — în etapa vechii lor „colaborări fiziologice”, în sensul de acțiune la distanță.

Persistența afectului legat de amintire depinde, în primul rând, de modul particular în care persoana reacționează la o situație anume, la un eveniment: dacă respectiva reacție este suficient de intensă, afectul legat de un eveniment dispare; dacă reacția este suprimateă, afectul rămâne legat de amintirea evenimentului. Abreacția este o modalitate normală prin care persoana reacționează la un eveniment, evitând astfel legarea unui afect intens de acest eveniment. În „Studiul asupra isteriei”, FREUD vorbește despre procesul abreacției ca despre un travaliu de rememorare și de elaborare psihică, pe parcursul căruia același afect este reactualizat și intensificat în legătură cu amintirea diferitelor evenimente care l-au provocat.

Abreacția spontană, ca reacție adecvată la eveniment și relativ apropiată de acesta, este, un timp, calea normală prin care evenimentul nu păstrează o încărcătură afectivă ce poate deveni patogenă. După BREUER și FREUD, trei sînt condițiile care blochează reacția adecvată la un eveniment traumatic: starea psihică din momentul producerii evenimentului, circumstanțele sociale care obligă la reținerea sau reprimarea reacției și semnificația evenimentului care trebuie uitat, refulat, scos din câmpul conștiinței. Blocarea unor conduite verbale, emoționale, a reacțiilor voluntare și involuntare la evenimente traumatice are ca efect subzistența (în stare inconștientă și izolată de cursul normal al gândirii) unor grupuri de reprezentări ce stau la originea simptomelor nevrotice — conform S. FREUD, „Mecanismul psihic al fenomenelor isterice”. Scopurile urmărite inițial cu ajutorul hipnozei (BREUER în „Metoda catharticii”) erau rememorarea, determinarea evenimentului ca factor provocator de simptom și abreacția, descărcare afectivă conștientă. Evoluția teoriei și practicii psihanalitice impune renunțarea la hipnoză și nu mai vizează exclusiv abreacția, care rămîne un fenomen constant al curei, considerate în aspectele ei de rememorare și repetare. În cazul în care abreacția nu se produce, în inconștient rămîn reprezentări care stau la originea unor simptome. Pentru ca efectul cathartic să se producă este necesar ca reacția să fie adecvată. În trecerea de la inconștient la conștient (JONES) a unui complex, a unei tendințe sau a unei dorințe, procesul abreacției constă în diseminarea ansamblului afectiv (difuzarea sentimentului în psihism), utilizarea sa normală și canalizarea în direcția derivată. Conștientizarea unui complex (inconștient) revine la o asimilare a acestuia, asimilare ce se exprimă printr-o atitudine adecvată față de conținutul complexului și la care se ajunge prin mai multe modalități una dintre ele fiind abreacția. În cadrul metodei cathartice, abreacția este considerată importantă în eficacitatea psihoterapiei analitice. Ea rămîne un proces prezent și specific pentru cura psihanalitică, întrucît această cură presupune nu doar o rememorare, ci și o repetiție. „Partea decisivă a travaliului psihanalitic constă în (...) a crea reeditări ale vechiului conflict, în așa fel încît subiectul să se comporte cum s-a mai comportat în acele situații conflictuale, dar implicînd, de data aceasta, toate forțele psihice disponibile pentru aflarea unei soluții diferite”. Astfel noțiunile de transfer, elaborare, „mise en act” se referă la manifestări sau procese specifice curei psihanalitice și sînt în legătură cu abreacția, fără

a se reduce la simple descărcări emoționale, care eliberează de un afect traumatizant.

Rememorarea evenimentului traumatizant și lichidarea, descărcarea afectului legat de acesta ca scop în sine, rămâne apanajul unor metode psihoterapeutice ca hipnoza sau terapia prin joc la copii, în care abreația poate fi ludică și simbolică, nu numai limitativ verbală, ca în psihoterapiile de inspirație psihanalitică. Abreația poate fi provocată de diverși agenți chimici, ca în subnarcoza cu barbiturice sau cu ajutorul altor substanțe cum ar fi eterul (H. CLAUDE), scopocloralul (BARUK), amfetamine (DELAY). J. DELAY a utilizat amfetamine în cantități mari, administrate intravenos (șoc amfetaminic), pentru a obține catharsisul la schizofreni și în blocajele pitiatice.

37. ABREVIERE (cf. lat. *brevitas* „scurtime“)

● Prescurtarea în comunicarea scrisă sau vorbită a unuia sau mai multor cuvinte. Atunci când această operație se referă la lucruri unanim acceptate și convenite, exemplu: CFR, PTT etc., are sensul de mai sus. În cazul unor afecțiuni psihice însă, ne putem întilni cu acest gen de operație fără sens sau în abuz, fără a avea semnificație decît, eventual, pentru persoana în cauză (exemplu: SPIMIN — spital de boli mintale, ASPIP — asociația pentru prinderea pisicilor etc.). Salata de cuvinte poate fi considerată uneori o abreviere multiplă sau repetată sau o abreviere schizofrenă.

38. ABRUTKOV-ENICHEET — scală ● Introdusă de către cei doi autori, în 1917, pentru etalonarea remisiei în schizofrenie și orientată după un model tridimensional. Cuprinde indici privitori la gradul de manifestare a simptomatologiei deficitare, a celei productive din punct de vedere psihopatologic și a tipului clinic al sindromului de remisie. Totodată, sînt luate în considerație separat aspectele clinice, sociale și de integrare în muncă, legate de nivelul la care s-a făcut remisia episodului schizofrenic.

39. ABRUTIZARE (cf. lat. *brutus* „inert, fără judecată“ și *brutescere* „a se abruzita“) — sin. DEZUMANIZARE ; ANIMALIZARE ● Încălcarea a unor condiții sau atribuții privind rolul și statutul noțiunii definitorii pentru condiția umană, datorită fie patologiei mintale (ca în cazul consumului de droguri sau alcool, cînd asistăm la transformarea individului dependent de toxic într-o ființă care nu mai are decît dorința de a-l consuma, dezinsertia socio-familială, marginalizarea, ca și deteriorarea intelectuală ducînd la abruzitarea subiectului),

fie unor condiții excepționale de spitalizare (inumane). La sfîrșitul secolului al XVIII-lea, sub influența ideilor iluministe, medicii — și nu numai ei — se apropie mai mult de suferinții psihici, dezvăluind condițiile abruți-



zante în care aceștia erau ținuți. Apariția sistemului azilar al tratamentelor morale a făcut dovada practică a rolului nefast pe care aceste condiții le aveau asupra bolnavului. Boala psihică este o boală ca oricare alta, iar bolnavul psihic — un suferind ca oricare altul. Avînd însă în vedere particularitățile bolii psihice și situația de handicapat pe care o are subiectul, condițiile de îngrijire ar trebui să fie cu mult superioare altor situații de boală, necesitînd nu numai supraveghere și îngrijire deosebită, ci și o considerație aparte pentru persoana aflată în acest impas.

40. ABSENT-STATE (engl. „stare de absență“) ● Stare caracteristică subiecților cu afecțiuni ale lobului temporal, în care se evidențiază fenomenele de vid în gîndire, paralizia acesteia, dreamy-state. Pot fi semnalate de asemenea crize uncinatate, dar și stări în care subiectul reactivează în memorie perioade îndelungate din viața sa („panoramic memory“).

41. ABSENTEISM (fr. *absentéisme*) ● Noțiune din limbajul sociologiei și psihologiei industriale, desemnând absența de la locul de muncă sau de la activitatea școlară organizată. Absenteismul are multiple implicații psihosociale și economic-organizatorice, afectând desfășurarea normală a procesului instructiv-educativ sau de producție. Statistic, absentismul poate fi cuantificat și reprezentat sub formă grafică, prin raportarea valorii rezultate din cumularea timpilor absentați pe o perioadă determinată (zi, lună, trimestru, an) la numărul prestabil de zile lucrătoare. Rezultatul acestui raport definește rata de absentism dintr-o unitate de învățământ sau de producție. Rata de absentism este în funcție de: starea de sănătate, motivația și interesul pentru muncă, atitudinea față de muncă, nivelul de instrucție și educație, vîrstă, sex, statut social. În psihiatrie, absentismul poate constitui fie un semnal de alarmă în depistarea precoce a structurilor dizarmonice de personalitate la copii și adolescenți, fie un indiciu de confirmare a acestora la adult. Pentru psihiatrii americani, absentismul apare drept un element important în diagnosticul pozitiv al personalității antisociale.

42. ABSENȚĂ (fr. *absence* ; cf. lat. *absentia*) ● Accepțiunea ca termen medical apare la mijlocul secolului al XIX-lea. În genere, desemnează diminuarea mai mult sau mai puțin semnificativă a atenției, cu consecințe minore asupra activității depuse de subiect, realizată prin reverie, plictiseală, oboseală, acutizarea problematicei personale, distragere a atenției de către un stimul puternic ; nu implică un nivel psihopatologic, astfel încît utilizarea termenului de neatenție pare mai potrivită, în aceste cazuri.

Există însă și absența cu semnificație patologică :

- *absența în petit mal epileptic* — îmbracă multiple „forme electroclinice” ; apare de regulă între 3—15 ani și se traduce prin suspendarea pasageră, de scurtă durată (5—15 secunde), a conștiinței. Subiectul, aflat în plină activitate, se oprește brusc, cu privire fixă, pălește, nu cade, nu are convulsii, apoi își reia activitatea din momentul opririi ; este frecvent urmată de amnezie. Reprezintă forma cea mai frecventă (LENNOX) de epilepsie generalizată neconvulsivantă minoră (petit mal), avînd următoarele elemente definitorii :

- pierderea bruscă a conștiinței ;
- durata scurtă ;

- întreruperea activității motorii ;
- nu cedează sau cedează mai greu la anticonvulsivante ;
- EEG tipic — complexe vîrf-undă 3 c/s, bilaterale, simetrice și sincrone, traseul EEG reprezentînd elementul major în diagnosticul pozitiv.

În sindromul Lennox-Gastaud, o treime din cazuri se manifestă prin absență. Se impune efectuarea diagnosticului diferențial al absenței cu „falsele absențe temporale” din afecțiunile temporale, uncinate sau perifalciforme. GASTAUD și colaboratorii au descris „starea de absență” sau „starea confuzională epileptică simplă”, care reprezintă ceea ce LENNOX și GIBBS au denumit „status petit mal”, adică absența de durată mai lungă. Este o succesiune neîntreruptă de absențe clinice și electrice. Debutul și sfîrșitul acestor crize este adesea progresiv, alterarea stării de conștiință variînd de la o ușoară obnubilare pînă la stupoarea profundă. Se poate însoți de automatisme simple sau complexe (fugi). Pe EEG apar complexe vîrf-undă alternînd cu unde lente difuze ;

- *absența în memorie* — pasageră sau definitivă → AMNEZIE ;
- *absența unor organe sau segmente* → MALFORMAȚII.

În limbaj psihanalitic, absența este un aspect al fenomenului de disociație sau tulburare de conștiință, propriu actului isteric, și se explică prin imposibilitatea de a converti în simptome efectele reținute. Tot în psihanaliză, absența a fost legată de fenomenele de inscripție și „urme” mnezice (BLANCHOT, DERRIDA). Termenul capătă funcție descriptivă pentru manifestările depresive, definindu-se ca pierdere a obiectului primar. Absența mai poate fi întîlnită și în cazul stărilor de epuizare — urmare a unei toxicomanii —, în sincope și lipotimii, fără manifestări EEG.

43. ABSENȚA CONȘTIINȚEI BOLII ● Fenomen complex și polimorf care se poate întîlni atît în afecțiunile somatice, cit și în cele psihice, îmbrăcînd aspecte dintre cele mai interesante.

În mod clasic, absența conștiinței bolii a fost considerată o soluție de continuitate în gravitatea manifestărilor psihopatologice, reținîndu-se pînă la obstinație că „psihoticul nu are conștiința bolii”. Că această formulare

este adevărată și pentru psihotic este ușor de demonstrat dacă luăm în discuție dizarmoniile de personalitate pe care, evident, subiectul nu și le recunoaște.

Nerecunoașterea sistematică sau chiar respingerea ipotezei psihogene în determinarea unor manifestări somatice sau psihice ale anxiosului, istericului, hipocondriacului sînt tot atîtea disfuncții în procesul de „conștientizare” a bolii. De altfel, modul în care psihanaliza abordează problema simptomului și a bolii este un exemplu bine circumscris al felului în care, de fapt, subiectul are conștiința bolii.

Revenind la problema psihoticului, nu se poate spune că depresivul major nu are conștiința suferinței sale ; același lucru este valabil și pentru majoritatea schizofrenilor, în condițiile tratamentului actual. Faptul că nu se păstrează o imagine corectă a gravității simptomatologiei din episoadele acute este un alt mod de abordare a problemei, de fapt o altă problemă. Se poate vorbi despre acest fenomen în timpul bufeelor delirante (în care, evident, nu numai conștiința bolii este modificată), în episoadele maniacale (rareori considerate chiar de bolnavul remis o stare de boală, sub pretextul antinomiei relație-suferință) și în demențele avansate (nu în cele incipiente, în care se înregistrează, nu rareori, reacția de catastrofă).

O problemă o constituie și scotomizarea simptomatologiei bolnavului somatic grav, care își neagă sau își substituie imaginar suferința cu una tratabilă. Absența conștiinței bolii este, în acest caz, un ultim mecanism de apărare, prin care Eul bolnavului se apără de asaltul necruțător al neantului.

Fenomenul opus absenței conștiinței bolii este exăgerarea acestei conștiințe, suferință a nevroticului, care devine un portdrapel al simptomatologiei sale și pe care o expune adesea cu obstinație.

44. **ABSINTISM** (cf. lat. *absinthium* ; gr. *absinthion* „pelin”) ● Intoxicația acută sau cronică cu absint, caracterizată prin tulburări motorii și tulburări psihice delirante (MARCHAIS). Absintul este o băutură alcoolică, preparată din frunzele unei specii de pelin (*Artemisia absinthium*), anason, anghelică sau din alte plante aromatice. Este un excitant al secreției gastrice. În doze mari, este abortiv și toxic. În prezent, aceste intoxicații sînt rare (dar nu imposibile), în timp ce la finele secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea dețineau o pondere însemnată în clinica psihiatrică sud-europeană.

45. **ABSINTYL^(M)** Grecia — DCI *Disulfiram* ^{sin} → **ANTALCOL^(M)** România.

46. **ABSOLUT** (cf. lat. *absolutus* „necondiționat, complet”) ● În opoziție cu relativul, se referă la ceea ce subzistă independent de orice altceva, sustras oricărei influențe din partea concretului și a contingentului. Idee cardinală în gîndirea filozofică, absolutul se regăsește în miezul temelor fundamentale ale filozofiei. Sub aspect ontologic, absolutul semnifică temeiul primordial în și prin care se constituie nesfîrșita varietate a lucrurilor și evenimentelor. În această accepțiune, absolutul se ridică deasupra celor mai abstracte determinații categoriale, identificîndu-se cu ființa pură, atotcuprinzătoare, necreată și nepieritoare, perfectă și inalterabilă. Între ipostazele noțiunii ontologice de absolut se cer amintite : identitatea Brahman-Atman din gîndirea indiană, Unul eleat, arhitectonica Ideilor platoniciene (culminînd cu Binele și Ființa), Forma ca principiu activ în metafizica lui ARISTOTEL, Unitatea din mistică speculativă a lui PLOTIN, Substanța filozofiei moderne (DESCARTES, SPINOZA), Eul absolut (FICHTE), absolutul ca unitate ce transcende opoziția dintre natură și spirit (SCHELLING), absolutul ca totalitate în care se contopesc, într-o desfășurare rațional-dialectică, toate determinațiile Ideii ca model logic al existenței, ajuns la cunoașterea de sine prin progresul spiritului (HEGEL). Sub aspect gnosologic, absolutul apare ca limită a cunoașterii, în cadrul controversatei probleme, dacă și în ce măsură subiectul are sau nu acces la esența obiectului ca entitate exterioară și independentă față de actul cognitiv. Ontologiile moniste se asociază de regulă, cu postularea capacității subiectului de epuizare cognitivă a esenței obiectului, definită ca absolut cognoscibil prin dezvoltarea de către gîndirea filozofică a unor principii universale și imanent valide. Diferitele variante ale idealismului obiectiv consideră că temeiul acestei capacități rezidă în „identitatea dintre obiect și subiect” (HEGEL) în sfera purei raționalități ce ființează, ca Logos impersonal, atît în alcătuirea lumii fenomenale, cit și în desfășurarea dialectică a spiritului. Materialismul metafizic susține aceeași Incredible poziție gnosologică, pornind însă de la teza că spiritul nu este o entitate desprinsă de lumea fenomenală, ci un produs superior al devenirii universului material. Definit de către KANT drept „lucru de sine”, conceptul de absolut capătă un accent precumpănitor epistemologic, transformîndu-se din obîrșie primordială și substrat actual al lucrurilor într-o

idee regulativă, elaborată de rațiunea speculativă, ca spațiu problematic închis, despre care putem avansa unele presupoziii — cu necesitate antinomice sau contradictorii — dar pe care nu îl putem cunoaște, intrucit transcend orice experiență posibilă. În sfârșit, sub aspect valoric-normativ, absolutul apare ca regulă supremă, în sine evidentă și obiectiv-imanentă, ce stă la baza ierarhizărilor axiologice și a tuturor maximelor practice după care omul se călăuzește ca subiect și agent moral. Între ipostazele absolutului etico-axiologic se pot nota Binele platonician, voința revelată a Dumnezeuului creștin, Imperativul categoric kantian.

Materialismul dialectic respinge autenticitatea tuturor acestor accepțiuni ale termenului absolut, apreciindu-le critic drept false probleme, de natură speculativă. Sub aspect ontologic, absolutul este cel mult o potențialitate (niciodată actualizată) a totalității existenței. Tocmai de aceea căutarea — pe plan gnosologic — a unor principii și adevăruri prime este o luptă cu morile de vânt; nu mai puțin pretinsa înțemeiere a unor principii normative sustrate oricărei relativității. În locul acestor ipostaze ale absolutului, materialismul dialectic propune o viziune istoricistă asupra cunoașterii și instituirii tehnologice valoric-normative, axată pe categoria de praxis ca matrice constitutivă și explicativă a unității contradictorii, dinamice, dintre subiect și obiect.

M. LĂZĂRESCU semnalează, în lucrarea dedicată patologiei obsesive, tendința anancastului și a familiei lui caracteriologice spre absolutul valoric; acesta nu mai este decât un absolut special (în fapt o ucidere sau o degradare a absolutului). Logica anancastului, excesiv de formalizată și operind dichotomic, se denuanțează în sistematizarea sa, tinzând spre o esență care devine în fapt parareală.

Ridicind la rang de absolut principiul moral, anancastul ajunge în situația „ruminației morale”, în care acționează nu conform unui sistem afectiv intuitiv, ci conform formulelor sale prestabilite.

47. ABSOLUTIZARE (cf. lat. *absolutus*) ● Interpretare sau evaluare unilaterală, care hipertrofiază anumite elemente de cunoaștere sau anumite criterii de apreciere valorică; aceasta conduce la o viziune simplificatoare a realității care este reflectată în mod deformat, bogăția determinărilor obiectului și complexitatea contradictorie a relațiilor dintre obiecte

fiind substituite de o viziune schematizantă, reduționistă. Posibilitatea absolutizării nu este exclusă din mecanismele firești ale reflectării subiective a realului. Dialectica procesului de cunoaștere implică o serie de operații (generalizare, abstractizare, analiză, sinteză, sesizarea cauzalității în succesiunile invariante de evenimente, diferențierea esenței în aparenta dezordine fenomenală etc.), care mediază între contactul nemijlocit senzorial cu lucrul și construcția conceptuală a lucrului ca obiect inteligibil. Oricare dintre momentele acestei operații de conceptualizare presupune o detașare față de lucrul concret și față de contextul multiplexelor sale conexiuni — ceea ce, mai ales în etapele timpurii ale cunoașterii raționale, implică în mod inevitabil simplificări absolutizante. Din acest motiv, absolutul este o tendință spontană a conștiinței comune atrase de confortul spiritual asociat cu simplitatea explicațiilor, care operează cu un număr redus de variabile și conexiuni. Înfrângerea tentației de absolutizare pe care o impune dezvoltarea cunoașterii teoretice presupune o activitate de „decentrare” (J. PIAGET), care utilizează o întreagă strategie metodologică, menită să depisteze și să corecteze deformările absolutizante ale subiectului.

Excesul de unilateralitate, rigiditatea excesivă, schematizările absolutizante, ridicarea unor idei dominante la rangul de principii paradigmatică, cărora subiectul le atribuie valoarea unor criterii de inteligibilitate universale și infailibile, duc inevitabil la imposibilitatea adaptării sale armonice, realizând un punct de răscruce de unde pornesc două căi: acceptarea ideii de a nu fi înțeles și de a fi obligat să trăiască într-o lume ostilă sau necesitatea schimbării acestei lumi conform sistemului său de ierarhizări axiologice, ceea ce într-adevăr, în final, ar duce la o armonie, dar nu prin alinierea sa la lumea tuturor, ci prin acceptarea de către toți a principiilor sale, pe care ceilalți încă nu le văd, nu sînt capabili să le vadă sau pur și simplu nu le vor. Considerăm inutil a descrie o lume în care toți ar avea posibilitatea absolutizării propriului sistem axiologic universal.

48. ABSORBIRE (cf. lat. *absorbere*) ● Stare în care se află subiectul preocupat de un anumit obiect, o anumită idee sau acțiune, atenția sa fiind concentrată aproape exclusiv asupra acestora. Cufundat în preocuparea sa, subiectul nu mai acordă atenție altor obiecte, ideii sau acțiunii, părăind detașat de evenimentele exterioare. Reversibilitatea acestei stări face să nu i se poată atribui un sens psihopatologic.

49. **ABSTINENȚĂ** (cf. lat. *abstinentis*) ● Desemnează abținerea în mod voluntar de la efectuarea unui act care constituie un proces fiziologic sau deprindere. În funcție de nevoia vizată, abstinența poate fi de mai multe feluri :

- *Abstinență sexuală* — se referă la abținerea de la activitatea sexuală și poate fi urmare a unor factori de natură educațională, religioasă, sau a delirurilor din schizofrenie, paranoie.
- *Abstinența alimentară* — dacă nu este consecința curei de slăbire sau a unor practici religioase (în acest ultim caz, are caracter episodic și nu este decit rareori totală), se întâlnește în paranoie (caz în care poate fi consecința ideilor delirante de otrăvire), schizofrenie, depresie endogenă (rezultat al ideilor de inutilitate, de culpabilitate, de autodeprecieri) și trimite uneori la un scop suicidal.
- *Abstinență la consumul de alcool și droguri* — presupune abținerea în mod voluntar de la consumul acestora. Dacă subiectul este dependent de ele, stoparea administrării lor determină, de obicei, apariția sindromului de abstinență.
- *Abstinență^(S) sindrom* — urmare a încetării administrării drogului — „voluntar”, fortuit sau în cazul tratamentului toxicomanilor — , se constituie într-un complex de manifestări psihice și somatice de intensitate și durată variabilă, generate de nevoia „deja fiziologică” de angoasă și, după unii autori, consecutiv sevrării. Din punct de vedere psihologic, sindromul de abstinență poate avea semnificația traumatismului oral inițial, conform teoriei fixației orale la toxicomani.
- *Abstinență — regulă* — principiu în psihanaliză, vizînd atitudinea terapeutului în cură, consecință a neutralității sale. Conform acestui principiu — după LAPLANCHE și PONTALIS — „cura analitică trebuie condusă în așa fel, încît subiectul să găsească cit mai puțin posibil satisfacții substitutive ale simptomelor sale. Ea implică pentru analist regula de a refuza pacientului satisfacerea cererilor sale sau de a juca efectiv rolurile pe care acesta i le impune”. În măsura în care abstinența este dictată subiectului, intrăm în domeniul măsurilor active, în privința cărora majoritatea psihanaliztilor sînt rezervați, pentru că riscă să justifice asimilarea analistului cu auto-

ritatea represivă și să hrănească astfel rezistența pacientului. Asupra acestui aspect FREUD remarcă, în „Tehnica psihanalizei”, că „... este necesar să menținem la subiecți nevoi și aspirații, ca forță acționînd în direcția muncii și schimbării, și să ne ferim să le facem să tacă prin succedere”.

50. **ABSTRACT** (cf. lat. *abstractus*) ● Opus concretului, se referă la cunoștințele ce reflectă proprietățile esențiale și generale ale obiectelor și proceselor. Construcțiile ideative abstracte rețin din mulțimea de însușiri ale lucrurilor și evenimentelor numai pe acelea care, prin repetabilitate, dezvăluie esența — lăsînd de o parte, ca nesemnificative, trăsăturile particulare, accidentale, a căror diversitate accesibilă simțurilor se pierde în identitatea modelelor schematice cu care operează rațiunea discursivă. În sens logic, se consideră abstracte acele noțiuni care exprimă proprietăți (Insușiri, relații) desprinse de obiectul căruia îi aparțin și prin care ființează sub aspect ontologic (de exemplu : bravură, comutativitate, erotism etc.). În limbajul comun, termenul dobîndește și o dimensiune apreciativă, nu lipsită de echivoc, în funcție de context, calificativul abstract poate să indice fie o nuanță laudativă față de ceea ce impresionează spiritele mărginite ca idealizare și înălțare prin puterea intelectului deasupra accesibilității banale a concretului, fie o nuanță peiorativă prin care spiritele întreprinzătoare devalorizează schematismul eidetic lipsit de vlagă, întrucît le apare ca un idealism pedant și nepractic. Din punct de vedere psihologic este un atribut caracteristic noțiunilor lipsite de un corespondent adecvat în facultatea de reprezentare (de exemplu : ambiguitate, concept, număr irațional etc.). În psihopatologie, noțiunea de abstract reflectă o golire de conținut senzorial perceptibil și de trecere din planul reprezentărilor în planul ideativ. Astfel, halucinațiile abstracte sînt lipsite de orice relație cu percepția normală și sînt descrise ca „percepere” a unor configurații. În schizofrenie, sincretismul gîndirii prin alunecarea către aglutinarea semnificațiilor se îndreaptă spre un sistem de abstracții formale. Fiind diferită de sfera psihiatriei, arta abstractă oferă totuși un interesant model de încercare a reprezentării conținutului abstract al unor emoții sau al unor construcții mintale prin lucrări nonfigurative.

51. **ABSTRACȚIE** (cf. lat. *abstractio*) ● Termenul desemnează rezultatul procesului de abstractizare. După natura specifică a conținutului eidetic, abstracțiile pot fi : empirice,

atunci cînd se referă la anumite proprietăți ale obiectelor și proceselor date prin experiență, sau ideale, atunci cînd desemnează entități inteligibile. Judecate din perspectiva modalităților prin care se realizează, abstrac-

independentă de experiență); tipice sub acest aspect sînt abstracțiile logico-matematice și valorile ideale.

Incapacitatea de a atinge un grad suficient de abstractizare, care să ofere individului posi-



Severini

țiile empirice sînt rezultatul abstractizării analitice (care desprinde și separă anumite însușiri esențiale și generale din mulțimea diversă a atributelor evidențiate în experiență de lumea fenomenală), în vreme ce abstracțiile ideale decurg din abstractizarea constructivă (activitate reflexivă a subiectului prin care ordinea immanentă a gîndirii manifestă o productivitate

bilitatea de mînuire a semnelor și simbolurilor, ca și cunoașterea raporturilor dintre ele, este întilnită în psihopatologie în toate cazurile cînd survine un proces de deteriorare intelectuală tranzitorie sau permanentă. Global sau parțial, defectul se manifestă la nivelul sistemului schemelor operatorii, în special al celor ideo-verbale, limbajul slujind în acest

sens drept „oglină” a gândirii în acțiune. Dacă în afecțiunile organice cerebrale, în demențe și în sindromul confuzional de diferite etiologii, păreriile multor autori coincid (GOLDSTEIN, KOSANIN, LURIA, VIGOTSKI, HAUFMAN, citați de EY), în cazul schizofreniei auroii americani susțin că, în mod aparent paradoxal, abstractizarea nu este afectată (nepromovarea binecunoscutului test al proverbelor ar fi, după ei, reflectarea mai mult a unei bizare idiosincrazii la examinator). Sînt cunoscute performanțele, uneori remarcabile, ale schizofrenilor în domeniul matematicii sau al altor activități abstracte.

52. ABSURD (cf. lat. *absurdus* „lipsit de sens”) ● Orice afirmație, gest, act ori situație care sfidează rațiunea, vădînd o incompatibilitate sau inadecvare față de criteriile de inteligibilitate admise. În accepțiunea sa originară, absurdul are o încărcătură semantică logico-epistemologică, referîndu-se numai la acele afirmații care încalcă principiile gândirii corecte sau evidentele empirice. Ulterior, termenul a primit și o dimensiune etico-axiologică, indicînd acele coordonate ale existenței umane care sînt lipsite de sens antropologic, situațiile în care subiectul se descoperă privat de rostul ființei lui, neizbutind să instituie o identitate între aspirațiile sale și desfășurarea obiectiv determinată a evenimentelor. În filozofia existențialistă (JASPERS, HEIDEGGER, KIERKEGAARD, G. MARCEL, SARTRE), absurdul devine o categorie centrală a unei ontologii sui generis, axate pe universul lăuntric al individului, a cărui subiectivitate se afirmă ca matrice ireductibilă a Ființei. Substantivat, absurdul exprimă în teoriile existențialiste esența condiției umane, definită prin proiecția subiectului într-un univers înstrăinat, indiferent și opac sub aspectul semnificației, în care acesta se înserează în mod prețar, avînd de ales între conformismul dezumanizant al gesturilor automate și al prejudecăților banale, pe de o parte, sau orgoliul paradoxal al unei libertăți golite de criterii axiologice, care se afirmă ca refuz și îndărătnicie a disperării, de cealaltă parte. În această accepțiune, absurdul exprimă un fals tragism al condiției umane, postulînd iraționalitatea și incomprehensibilitatea realului (definit, în raport cu umanul, ca infern) și făcînd din gratuitatea sfidării acestui real străin și aberant un șubred temel al unicității și măreției omului.

În psihopatologie, se descriu comportamente absurde, acte absurde, formulări absurde, gesturi, răspunsuri etc. Semnificația patologică diferă însă foarte mult de la o situa-

ție al alta. Astfel, comportamentele absurde trădează fie existența unui sindrom psihorganic acut sau cronic, fie întîzieri mintale grave. Uneori demența poate avea ca semn de debut un act absurd, cu implicații nu rareori medico-legale. În aceleași circumstanțe, actul absurd poate fi expresia debutului unui sindrom delirant. Acte absurde, golite de conținut și semnificație, sînt, pentru un observator, și ritualurile din nevroza obsesivă, ca și negativismul din sindromul catatonie, stereotipiile sau alte acte ale schizofrenilor. O tentativă de a simula „nebulnia” apare în sindromul Ganser, în care răspunsurile „alături” sînt încărcate de un absurd programatic, care, prin constanță și insistență, atrage atenția asupra inautenticității bolii.

În psihanaliză, absurdul este legat de rezistența pe care o opune subiectul în dezvăluirea sensului inconștient al unor acte. Visele, actele ratate, lapsusurile sînt considerate de subiect ca absurde, inaccesibile unei abordări comprehensive. FREUD a subliniat participarea inconștientului la absurdul din producțiile umoristice și glume. Autorii de formație psihanalitică subliniază că, în producțiile artistice (literatură suprealistă, teatrul absurdului etc.), căutarea voită a absurdului este o dovadă a agresivității (P. FEDIDA), „plăcerea de a-i deposeda pe ceilalți de puterea de înțelegere”.

53. ABSURD^(D) delir ● Termen contradictoriu, referitor la delirurile care apar în faza incipientă a unor demențe. Subiecții prezintă un delir sărac, foarte puțin sistematizat, în care par să aibă un rol important mai ales tulburările de memorie. Tematica este predominant de tip expansiv dar construcția delirantă se aseamănă mult cu povestirile copilului preșcolar. Termenul este puțin folosit.

54. ABSURDITATE^(T) test ● Tip de probă cognitivă, care conține itemi saturați, logici sau lingvistici, utilizat în relevarea rezistenței gândirii logice la situații absurde, precum și a eventualelor modificări patologice de ordin calitativ din sfera gândirii. Testul mozaic al lui R. GILLE și scara Binet-Simon conțin subteste de absurdități, ca de altfel și bateriile de teste elaborate de C. ZAHIRNIC și colaboratorii U. ȘCHIOPU și M. GÎRBOVEANU. Ca material de testare se folosește o povestire, un raționament sau o fotografie care se prezintă subiectului cu indicația de a semnală, verbal sau grafic, inadvertențele logice, absurditățile de ordin rațional. Iată un

exemplu de povestire absurdă extrasă dintr-o baterie de inteligență (elaborată sub auspiciile școlii române de psihopedagogie), în legătură cu care se solicită (grafic) subiectului motivația răspunsului : o sobă folositoare — o gospodină a citit următoarea reclamă : „cum-părați sobe Victoria și veți economisi jumătate

tare, în sensul diminuării — o insuficiență volițională —, însoțită de pierderea aproape totală a capacității de acțiune, în condițiile conservării capacităților de gândire logică — o adevărată disociație între gândire și acțiune. Subiectul dorește să facă ceva, dar dorința este lipsită de suportul reprezentat de forță, de



Anita Siegel

din cantitatea de lemne pregătite pentru iarnă”. Ea s-a gândit să cumpere două sobe ca să-și economisească toate lemnele.

55. ABULEMPAX^(M) Brazilia — DCI Amfe-pramonă ● Psihostimulent anorexigen — derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE^(DCI).

56. ABULIE (cf. gr. α-; boulē „voință”) ● Imposibilitatea de a trece de la idee la acțiune. Desemnează o tulburare a conduitei volun-

nergie. Deficiența subiectului este legată de realizarea actului pe care și-l reprezintă acest lucru fiind descris încă de GUISLAIN cu o savoare remarcabilă : „bolnavii știu să creeze mintal, interior, după exigențele rațiunii. Ei pot simți dorința de a face, dar sînt neputincioși să o realizeze convenabil”. Termenul este folosit de foarte mulți autori (R. de FOURSAC, POROT, BERNARD, MICHAUX etc.) într-un sens mai larg, acela de tulburare

a voinței (în sensul insuficienței mai mult sau mai puțin marcate), fără a se subînțelege o prăbușire completă a acesteia. Majoritatea autorilor condiționează incapacitatea volițională de păstrarea lucidității și chiar a capacității de a raționa corect, excluzând astfel stările confuzionale, catatonie, oligofreniile, demențele, în care incapacitatea de acțiune este generată prin alte mecanisme. P. JANET descrie o abulie motorie, legată de trecerea la realizarea actului, și o abulie intelectuală, legată de tulburarea atenției voluntare. Tot el vorbește și despre abulie sistematizată, legată doar de anumite acte, ca în fobii și obsesii. Abulia din unele afecțiuni apare ca o indecizie de alegere între două soluții contrare, mergând în alte cazuri pînă la imobilizarea totală la pat a bolnavului (clinomania). Există un consens general în stabilirea unui prototip al abuliei — abulia din depresia psihotică, atît de gravă, încît împiedică subiectul să realizeze chiar actul suicidal pe care acesta și-l dorește. Folosirea ortotimizantelor, în aceste cazuri, impune o supraveghere strictă a bolnavului la începutul terapiei, efectul dinamizator și antiabulic apărînd înaintea celui antidepressiv și putînd favoriza nedorita trecere la realizarea proiectului suicidal. Abulia se întîlnește în următoarele circumstanțe patologice : depresii, schizofrenii, toxicomanii, alcoolism, cerebraștenia posttraumatică, structuri dizarmonice ale personalității (psihastenie), neurastenie, oligofrenii grave. Efecte grave asupra voinței sînt exercitate de alcool și droguri. O descriere celebră a abuliei din intoxicația cu opium aparține lui Th. QUINCEY, în lucrarea „Confesiunile unui opioman englez”. Ca formă minoră de abulie, TANZI descrie disbulia, ca tulburare a voinței caracterizată prin faptul că subiectul nu poate termina o acțiune începută, își risipește inutil eforturile în toate direcțiile, este nehotărît, ezitant. Nu trebuie omiși nici subiecții „slabi”, incapabili de efort adaptativ (firile domoale, pasive), în ciuda intelectului normal. O tulburare mai frecvent întîlnită este hipobulia, ca reducere a capacității volitive, termenul abulie evocînd mai degrabă pierderea completă a acesteia. Pentru BLEULER, abulia și hipobulia sînt simptome de bază în schizofrenie. Deși nu în plină actualitate, KRETSCHMER continuă să merite a fi amintit pentru afirmațiile sale din 1905, din lucrarea „Psihologie medicală”, unde relevă existența unor mecanisme hipobulice alcătuite din forme de motricitate secundară (exemplu : mișcările ritmice din sindroamele catatonice, tulburările motorii din isterie, atitudinile negativiste etc.), de origine striată (probabil), care

scapă controlului volutar-conștient ; tot el emite ipoteza existenței unor circuite psihice „valabile atît pentru fenomenele de reproducere, cit și pentru cele de expresie”, care funcționează unitar și armonios (în mod normal), dar care, sub anumite influențe morbide pot să se disocieze funcțional. Abulia socială este o noțiune care se referă la inactivitatea pe toate planurile sau numai pe anumite planuri ale vieții sociale, inactivitate determinată de incapacitatea de a stabili și a urma un plan de acțiune, deși dorința de contact cu mediul poate să existe. Acreditarea la un moment dat a ideii că este posibilă obținerea unor „remisiuni prin tehnici psihanalitice”, în cazul particular al unor subiecți deveniți abulici ca urmare a rutinei profesionale, care le solicită în mod permanent, excesiv și monoton, supunere și subordonare — ceea ce ar conduce în final la reducerea forței lor voliționale —, nu pare justă ; înseși premisele ei sînt greșite, confundîndu-se inițiativa cu voința.

57. **ABULOMANIE** (cf. gr. *a-* și *boulē* : mania „nebulie”) ● Termen care nu se mai utilizează în prezent în accepțiunea sa inițială, delimitînd insuficiența volițională, cu caracter patologic → ABULIE.

58. **ABUZ DE MUZICĂ** ● Termenul, utilizat la noi de ANGHELUȚĂ și NICA, se referă la efectele negative, psihotraumatizante ale abuzului de muzică și subliniază rolul lor în instalarea unor manifestări nevrotice și a unor tulburări de comportament la tineri ; rămîne de văzuț dacă lucrurile nu stau exact invers.

59. **ACALAMID**^(M) Brazilia — DCI *Fenaglidol* ● Tranchilizant — derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și este considerat un bun tranchilizant de zi.

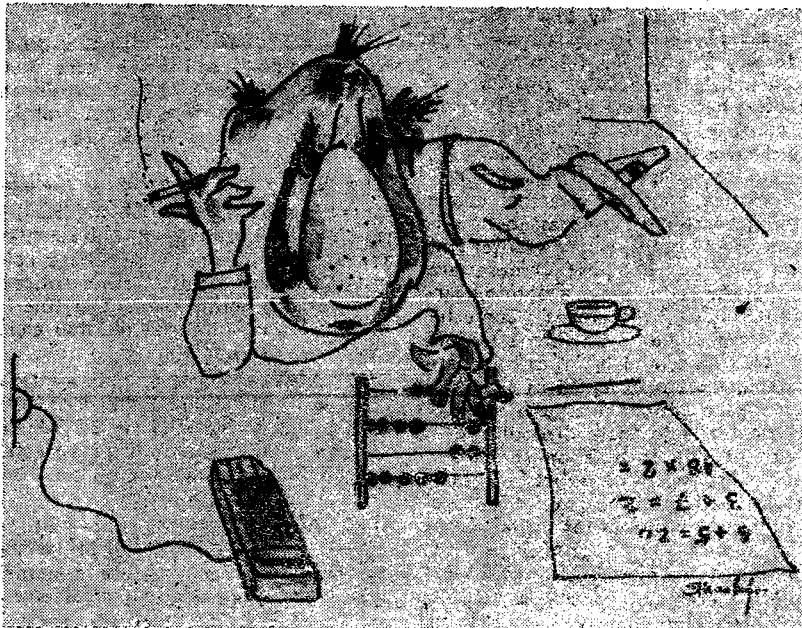
60. **ACALCULIE** (cf. gr. *a-* și lat. *calculare*, „a socoti”) — sin. ANARITMETIE ● Tulburare a capacității de recunoaștere a numerelor, de înțelegere a semnificației diverselor simboluri matematice și de efectuare a calculelor, în scris sau mental, cu cele patru operații aritmetice, la persoane care, anterior îmbolnăvirii nu prezentau această deficiență. Capacitatea de a efectua calcule se leagă nemijlocit de conceptul de număr (a cărui geneză la copil a fost studiată de PIAGET și INHELDER), notația numerică fiind forma cea mai simplă de minuire a simbolului logic, cu care ulterior se poate trece la cuantificarea informației și deci

la transferul ei. Calculul se învață prin exercițiu, folosind un sistem simbolic de semne aritmetice combinate după reguli proprii sistemului, diferite de cele ale limbajului. Termenul de acalculie începe să fie vehiculat în secolul al XIX-lea, în urma observațiilor clinice efectuate de BERGER și RAUSCHBURG, dar introducerea sa în literatură se datorează lui HENSCHEN. În 1929, BERGER împarte acalculia în primară și secundară. Clasificarea clinică actuală îi aparține lui GREWEL (1969). Acalculia primară este simbolică (nu pot fi înțelese sau manipulate simboluri aritmetice — cifre sau operații) sau asintactică (notația digitală semnificativă a cifrelor în sisteme complexe eșuează). Acalculia secundară (unei leziuni cerebrale) se caracterizează prin pierderea preciziei orientării spațiale, deficiențe parțiale ale memoriei de fixare sau ale atenției de concentrare și se pierde succesiv capacitatea

de acalculia frontală (asociată cu dificultăți în elaborarea noțiunilor abstracte complexe).

Se pare că se poate stabili un paralelism între intensitatea acalculiei și reducerea generală a imaginației și inițiativei. HECAEN descrie trei subtipuri ale acalculiei:

- *disacalculie de tip spațial* (se manifestă prin dezorganizarea spațială a numerelor frecvent asociată cu dislexia spațială, agnozja spațială și apraxia senzorio-kinetică, apractognozia somato-spațială și tulburările direcționale și vestibular-oculo-motorii);
- *acalculie cu predominanță alexiei sau agrației pentru cifre și numere*;
- *anartrie*, în care predomină tulburarea realizării operațiilor aritmetice, asociată



de efectuare a operațiilor de adunare, împărțire, scădere și, în final, înmulțire. În raport cu topografia leziunii, se descriu:

- *acalculia occipitală* (asociată cu tulburări vizuale);
- *acalculia temporală* (asociată cu tulburări auditive);

tulburărilor de vorbire și modificărilor procesului de verbalizare, în leziunile bilaterale.

În cazurile de deficit intelectual, în demențe, acalculia oferă indicații privind profunzimea afectării funcțiilor cerebrale (este necesar să se țină seama de pregătirea subiectului, de pro-

fesia sa, ca și de capacitatea intelectuală anterioară). În 1970, WARRINGTON a publicat studii asupra cazurilor în care subiecții incapabili să efectueze adunări sau scăderi simple sufereau de o demență pronunțată sau de disfazie; maladii care ar putea explica această imposibilitate. În general, se consideră că acalculia are drept corespondente lezionale localizările occipitale stingi, temporale, frontale și parietale (girul angularis) — când aparține sindromului Gerstmann, alături de apraxia constructivă. Cel mai frecvent leziunile sint localizate în emisfera stingă. În afazia Wernicke pierderea posibilităților de a calcula se asociază adesea cu alexia.

61. ACALCULIE PRIMARĂ — sin. ACALCULIA BERGER ● Formă rară de acalculie, descrisă de BERGER, în 1926, ca tulburare, independentă de alte tulburări, a funcțiilor psihice superioare. Acalculia secundară este însoțită de tulburări mnestice, afazii, perseverări.

62. ACALO^(M) SUA — DCI Fenaglicodol ●
Tranchilizant — derivat propandiolic →
ACALAMID^(M) Brazilia.

63. ACANESTEZIE (cf. gr. *akantha* „spin” și *anesthesia* „senzație”) ● Tulburare a sensibilității tactile, constind în senzația penibilă, jenantă, de furnicare, înțepături multiple; fără a atinge pragul durerii, aceste senzații îl preocupă pe subiect, care nu le omite niciodată în expunerea sa. Constituie, cel mai frecvent, suportul clinic al cenestopatiei în nevroze, paresteziei în toxicomanii sau al unei halucinații tactile în psihoze de involuție.

64. ACANTOCITIZĂ — sin. ABETALIPO-PROTEINEMIE; DEGENERESCENTĂ TAPE-TO-RETINIANĂ CU ACANTOCITIZĂ ȘI STEATOREE^{sin.} → BASSEN-KORNZWEIG^(P) boală.

65. ACARIE^s semn/sindrom^(S) → AST-VATATUROV^(S) sindrom.

66. ACAROFOBIE^(P) (cf. gr. *akari* „specie de arahidă” și *phobos* „frică”) ● Termenul, în accepțiunea sa originară, se referă la frica excesivă nejustificată, cu caracter patologic, de căpușă și înțepătura ei. Ulterior, unii autori i-au lărgit sensul, incluzind frica ce poate fi produsă de orice insectă sau obiect mic ce

poate produce o înțepătură. Au existat opinii de includere în termen și a fricii produse de scabie, fără a se defini clar dacă referirea se face la parazit sau la senzația însoțitoare de prurit. Extensia sensului a apropiat termenul ACAROFOBIE de cel de ACANESTEZIE, confundându-se frica cu senzația. Față de accepțiunea inițială, singura extindere — care nu ar genera confuzii — ar putea fi aceea de frică de insecte.

67. ACATAFAZIE (cf. gr. *a-* și *kataphasis* „afirmație, propoziție afirmativă”) ● Termenul a fost lansat, în 1878, de KÜSSMAUL de la care a fost preluat de KRAEPELIN și utilizat în descrierea agramatismului din demența precoce; de aceea unii l-au considerat pe acest ultim autor drept creator al termenului. Termenul definește generic o tulburare de comunicare verbală sub aspectul adecvării și al formei, ceea ce exprimă un dezacord între idee și vorbire, specific disociației.

68. ACATAGRAFIE (cf. gr. *a-* și *katagraphein* „a grava, a înregistra”) ● Tulburare a comunicării grafice echivalentă sub aspectul formei de exprimare și al semnificației termenului de ACATAFAZIE.

69. ACATALEPSIE (cf. gr. *a-* și *katalepsis* „apucare, percepere, înțelegere”) ● Utilizat inițial de PYRRHON, reprezentant al filozofiei sceptice grecești, a fost preluat de BACON, care i-a conferit sensul de îndoielă absolută. În accepțiunea psihopatologică, rar utilizată, desemnează scăderea sau dispariția unei grupe sau a majorității funcțiilor psihice, începând cu cele mai diferențiate și mai noi din punct de vedere ontogenetic, fenomen care are caracter persistent și, de obicei, evolutiv, ducând treptat la pierderea capacității intelectuale a subiectului, la îngreunarea sau imposibilitatea adaptării sale la condițiile de mediu, cu scăderea marcată sau chiar incapacitatea de a dobîndi cunoștințe noi și de a folosi experiența acumulată în trecut, la cerințele situaționale prezente. Poate fi asimilat termenului de demență.

70. ACATAMATEZIE (cf. gr. *a-* și *katamathesis* „înțelegere deplină”) ● Termenul are două accepțiuni: în literatura de specialitate anglo-saxonă este circumscris la incapacitatea subiectului afazic de a înțelege ceea ce aude și în literatura autohtonă are o deschidere mai largă, PREDESCU și SÎRBU, acreditînd semnificația de pierdere a uneia (oricare) dintre funcțiile psihice.

71. **ACATHEXIS** (cf. gr. *a-* și *kathexis* „acțiunea de a conserva puterea, amintirea”) ● Termen opus celui de *cathexis* și care desemnează lipsa de investire energetică, în special emoțională, a unui obiect anume, din partea subiectului. **TOLMAN** (1949) definește *cathexisul* ca legătură între un obiect-scop și îndeplinirea unei tendințe. **MURRAY** (1938) consideră *cathexisul* ca investire a energiei sau trebuinței în obiect, ca valorizare a obiectului și simultan ca însușire a obiectului de a provoca o trebuință (→ **CATHEXIS**). Din punct de vedere psihanalitic, noțiunea de *acathexis* trimite la o lipsă a încărcăturii emoționale în relația cu obiectul, relație care în mod normal ar presupune investirea afectivă a obiectului de către subiect. S-ar putea face o legătură între *acathexis* și mecanismul izolării din *nevroză obsesională*.

72. **ACATISIE/AKATISIE/ACATIZIE** (cf. gr. *a-* și *kathexis* „acțiunea de a se așeza”) ● Tulburare psiho-motorie circumscrisă sindroamelor extrapiramidale, constând în nevoia imperioasă de mișcare și în imposibilitatea de a sta așezat, resimțită dezagreabil de subiect și fără posibilitate de reglare voluntară din partea acestuia. Descrisă de **SICARD** (1924) ca manifestare kinetică paradoxală, consecutivă bolii lui von Economo, apare și ca efect al impregnării cu neuroleptice incisive, intrând în componența sindromului extrapiramidal de impregnare neuroleptică descris de **J. DELAY** în 1957. Tulburarea kinetică este însoțită de manifestări psihice: sugestibilitate, viscozitate, labilitate emoțională. Etiologic, se invocă disfuncționalități la nivelul mezodiencefalului și, mai recent, la nivelul substanței reticulate din trunchiul cerebral și al nucleilor cenușii centrali (se bănuiește existența unui efect de blocaj produs de neuroleptice asupra receptorilor dopaminergici centrali). Administrarea antiparkinsonienelor de sinteză în scopul combaterii *acatisiei* nu este întotdeauna eficace. Diminuarea dozei de neuroleptice incisive și utilizarea benzodiazepinelor, a neurolepticelor sedative și a dibenzazepinelor pot aduce o ameliorare. În cazul *acatisiei* consecutive administrării de neuroleptice, există în prezent suficiente mijloace chimio-terapice pentru ca ea să nu apară → **CURA NEUROLEPTICĂ**.

73. **ACCELEERAȚIE** (cf. lat. *acceleratio*) ● Termenul a fost creat de Galileo GALILEI spre a desemna variația (de obicei, creșterea) vitezei unui corp în raport cu unitatea de timp; este în prezent utilizat în domeniul din cele mai variate: chimie, biologie, economie politică, sociologie ș.a. În urmă cu peste două decenii,

A. TOFFLER („Future shock”, 1970) semnală un fenomen tipic țărilor avansate industrial, covârșitor prin implicațiile sale psihologice și sociale, și anume accelerarea ritmului schimbării, cu echivalentul său psihologic — tranziția. Revoluția industrială din Anglia a făcut ca, în 300 de ani, să apară o civilizație care a depășit prin rapidele transformări din comunicații, transporturi, informații — adică prin impactul social cu revoluția științifico-tehnică — cei 10 000 de ani de civilizație agricolă de la „nașterea” umanității.

Sub raport bio-psiho-social, accelerația a devenit în ultimul secol unul dintre procesele cele mai caracteristice, putându-se observa în orice domeniu de activitate și dezvoltare a ființei umane. La nivel somatic, cercetările ultimelor decenii remarcă o creștere a taliei medii cu 5—10 cm față de generațiile anterioare, o instalare mult mai precoce a pubertății și a fenomenelor de maturizare. Explicațiile acestor fenomene nu sînt încă complete și ele se referă, în orice caz, la modele factoriale multidimensionale. Nivelul psihosocial al fenomenului de accelerație este mult mai complex și necesită o analiză mult mai detaliată.

Explozia informațională a ultimelor decenii a creat o „presiune” inimaginabilă, în care depășirea limitei biologice de 1 000 volume publicate pe zi face ca figura unui Pico della MIRANDOLA, despre care se afirmă că citise tot ce se scrisese pînă în epoca sa, să pară un incredibil mit.

Dacă vom adăuga că peste 95% din savanții tuturor timpurilor au trăit în ultimii 50 de ani și că un procent mai important din toate descoperirile științifice aparțin acestei perioade, ne putem da seama de amploarea acestui fenomen. Mai interesant este faptul că informația s-a modificat și sub aspect calitativ, metodele moderne de prelucrare făcînd ca felul în care aceasta ajunge la receptori să fie în mod esențial modificat; apariția cinematografului, a radiodifuziunii, televiziunii și a calculatorului electronic au dus nu numai la o creștere a informației utile, ci și la o enormă deschidere a universului cunoașterii pentru fiecare individ în parte. Este individul uman, ale cărui date genetice au nevoie de zeci de mii de ani ca să se modifice, adaptabil la accelerația pe care a produs-o? Răspunsul, confirmat experimental pînă acum, este da.

Copiii generației actuale asimilează teoria multîmilor în primii ani de școală mai ușor decît adulții generației anterioare. Accesul la lucrul cu calculatorul, videojocuri și aparatură electronică dovedește nu numai că pentru elevii zilelor noastre nu există barajul accele-

rației, ci și că afirmația lui J. BARZUN : „este absurd să se facă o educație pentru o actualitate care nu poate fi definită, fiind, în permanență, depășită de evenimentele generate de progres” are un important grad de pertință.

ral, învață repede să nu riște”, sint prudenți, conservatori, pasivi, lipsiți de curiozitate, după cum cei „crescuți într-un mediu inteligent, sensibil, complex și stimulator” își dezvoltă de timpuriu independența în gândire și



Foto : Jiri Bartos

Experimentele lui D. KRECH, M. DAIMOND, M. ROSENZWEIG și E. BENNET arată că stimularea senzorială și informațională duc la creșterea activității neurotransmițătorilor și a debitului sanguin cerebral, la modificarea dimensiunii neuronilor.

Donald KLEIN afirmă că „acei copii crescuți într-un mediu obtuz, nestimulator, sărac, amo-

acțiune, sint curioși, imaginativi, activi și siguri de ei — atitudini care nu e exclus — afirmă în continuare același autor — „să genereze noi sinapse și o scoarță cerebrală mai mare”.

Nivelul relațiilor sociale pare cel mai afectat de șocul accelerației, care face ca impactul cu viitorul să pară amenințator, neliniștitor,

generator de stres (TOFFLER). Tranziția relațională duce la o pulverizare a conținutului afectiv care ar trebui în mod normal să însoțească orice interacțiune.

Modificarea rapidă a mediului ambiental, a vecinătăților și vecinilor, a propriilor proiecte și aspirații, creează individului o stare de puternică încordare, pentru a putea reacționa în mod pozitiv la fiecare dintre noile situații cu care va fi confruntat. Chiar percepția timpului și, odată cu acesta, a numărului și tipului de evenimente posibile, pe unitatea cronologică (deci a accelerației), condiționate biologic (de ritmurile interne) și cultural, suferă o continuă deformare.

Cei care nu-și pot ajusta așteptările asupra duratei unor evenimente, în condițiile unei accelerații permanente, nu pot compensa comprimarea timpului. Din contră, există persoane care sînt perfect adaptate acestei accelerații, pe care o compensează fără dificultăți, inconștient și automat, ba chiar sînt atrași de ritmul mai rapid, dorind să fie „tot timpul în acțiune”, suferind ori de cîte ori activitatea încetinește.

74. ACCENE — sin. CLIMAX SEXUAL ^{sin.} → ORGASM.

75. ACCENTUAT — ACCENTUARE (cf. lat. *accentus*) ● Caracterizează intensitatea unor trăsături temperamentale-caracteriale care nu generează numai variații în sfera mediei, ci alcătuiesc un profil de personalitate deosebit de medie, în sens pozitiv sau negativ, extrem de sensibil la influențele mediului, putîndu-se valorifica social sau aluneca în boală. De exemplu, o personalitate accentuată hiperexactă (după K. LEONHARD) poate, în împrejurări favorabile, să devină un model de conștiințiozitate și simț al datoriei sau poate, în împrejurări nefavorabile, să eșueze într-o nevroză obsesională.

În lucrarea „Personalități accentuate în viață și literatură”, Karl LEONHARD face descrierea unor „trăsături accentuate ale firii” (demonstrativă, hiperexactă, hiperperseverentă, nestăpinită, hipertimică, distimică, labilă, exaltată, anxioasă, emotivă), cu exemplificări din clinica psihiatrică și din literatură. → DIZARMONIE, PERSONALITATE, TEMPERAMENT, TRĂSĂTURĂ.

76. ACCEPTANȚĂ (cf. lat. *acceptare*) ● Fază -- de obicei inițială — a unui dialog sau reacții interpersonale, realizată pe baza încrederii, platformei comune de idei sau de interese, afinităților sau consensului între parteneri. În

cadrul fenomenului de sugestie de tip profilactic sau terapeutic, desemnează „momentul cheie”, de consimțire sau acord al subiectului față de actul medical și; implicit, de acceptare a personalității medicului și de recunoaștere a competenței acestuia.

77. ACCEPTATOR DE ACȚIUNE ● Stare finală în sistemul de decodare a limbajului, respectiv aria corticală de recepție, organizată după modelul reflex stereotip-dinamic și avînd rolul de modelare și control asupra aferențelor și retroaferențelor. P. K. ANOHIN avansează ipoteza unei teorii sistemogenetice a vorbirii, susținînd că acceptatorii de acțiune sînt reprezentați de scoarța cerebrală nu pentru fiecare cuvînt în parte, ci pentru o frază, o anumită ordine a cuvintelor sau chiar pentru sistemul semantic. Ei ar constitui astfel una dintre bazele neurofizilogice ale relației interumane, prin intermediul celui de al doilea sistem de semnalizare.

78. ACCES (cf. lat. *accessus* „intrare, apropiere, pătrundere”) — sin. ATAC, CRIZĂ, PUSEU, PAROXISM ● Complex de tulburări clinice, psihice sau/si somatice manifeste, apărute atît în stare de sănătate reală sau aparentă, cît și în cursul evoluției unei boli, cu debut brusc, evoluție scurtă, final imprevizibil. Tulburările pot avea un caracter unic sau se pot repeta la intervale variabile. În psihopatologie, se utilizează în mod curent, pentru a desemna: accesul epileptic, isteric și psihotic.

În franceză, utilizarea clinică a termenului în sensul de tip evolutiv particular al bolii, punct crucial în evoluția unei boli, a fost abandonată de 40—50 de ani, în condițiile terapiei actuale.

Psihopatologia jaspersiană delimitează accesul ca forma de evoluție cea mai simplă, de scurtă durată și cu determinare endogenă sau cu declanșare exterioară, dar insuficientă pentru a explica cauzal producerea accesului. Subliniind caracterul deosebit al acestei patologii cu evoluție scurtă și debut brusc, o serie de autori au mai numit accesele și „stări excepționale” (Ausnahmestände).

După JASPERS, accesele sînt singurele „simptome surprinzătoare” întîlnite la constituțiile psihopatice și se mai pot întîlni în epilepsii și schizofrenii.

Termenul a fost echivalat (deseori nespecific) cu criză, paroxism sau atac, fără ca vreunul din acești termeni să se suprapună complet peste denotația, de altfel destul de vagă, a acestuia.

O accepțiune curentă, dar cu semnificație psihopatologică, este cea de acces de nervi izbucnire violentă și trecătoare a unei stări sufletești la un subiect în genere cotelat și liniștit.

79. ACCES EPILEPTIC MAJOR ^{sin.} → GRAND MAL — paroxism.

80. ACCESIBILITATE (cf. lat. *accessibilitas*) ● Utilizarea termenului în medicină se referă atit la instituția medicală, cit și la persoane.

● *Instituție* — populației arondate unei unități medicale ii este asigurată accesibilitatea (unul din principiile de bază ale organizării asistenței medicale la noi în țară). În mod eronat se consideră că aceasta depinde numai de apropierea unității medicale de locul de muncă sau de viață al populației respective. Ierarhizarea gradului de accesibilitate al unei unități sanitare are în vedere: numărul unităților, gradul de dotare, numărul și structura cadrelor medicale, comportamentul și nivelul de pregătire al acestora, programul unității, nivelul educativ-instructiv al asistaților și, în fine, locul (distanța) unității de domiciliul celui asistat. Acreditarea eronată a distanței drept criteriu unic de accesibilitate, ne face să uităm esențialul — la o unitate sanitară apelezi pentru a rezolva o problemă și nu pentru a face o plimbare mai lungă sau mai scurtă.

● *Persoana* — în mod normal există o receptivitate facilă la stimuli exteriori, absența acesteia evidențiind o caracteristică a retragerii autiste din schizofrenie sau a izolării din depresii; mai poate fi întilnită în afecțiunile legate de îngustarea cimpului conștiinței — inclusiv isteria — și în cazul simulației.

81. ACCIDENT (cf. lat. *accidens* „întimplare”) ● Eveniment întimplător, considerat, în mod obișnuit, ca negativ, neplăcut sau nefericit. Din punct de vedere filozofic, accident înseamnă ceea ce se opune substanței (substanța s-ar caracteriza prin proprietățile de absolut și necesar și în raport cu substanța accidentală este relativ și întimplător). Expresia „în mod accidental” (sau „printr-un accident”) este un echivalent al expresiei „prin hazard” — în măsura în care „accident” capătă sens de „hazard” se apreciază producerea accidentului în mod analog cu producerea hazardului (ca intersecție a două serii cauzale independente).

În gindirea lui ARISTOTEL și a scolasticilor, accidentul se raportează la „substanță”, privită ca temei durabil și inalterabil al tuturor păr-

ților Ființei, primind cu indiferență varietatea nedefinită și mereu schimbătoare a proprietăților vremelnice, de ordin secund. În ordinea evenimentelor, accidentul desemnează schimbările și interacțiunile întimplătoare, imprevizibile, care nu alterează esența obiectelor care le suportă.

Accepțiunea actuală a termenului este aceea de eveniment neprevăzut, intempestiv, cu efect nociv, soldat cu consecințe dăunătoare asupra stării de sănătate a individului sau cu prejudicii materiale importante. Accidentele pot apărea practic în oricare domeniu al activității cotidiene; există accidente de muncă, rutiere, accidente produse în cursul desfășurării unei activități casnice etc. Se apreciază că mortalitatea prin accidente ocupă locul trei, după cea prin afecțiuni cardio-vasculare și cancer, afectind mai ales grupele de vîrstă între 3 și 40 de ani. O situație particulară este cea apărută, în cursul investigațiilor medicale pentru precizarea diagnosticului, ca rezultat nu atit al unui defect de tehnică, cit mai ales al unor tare ale pacientului (șocul anafilactic la injectarea substanțelor de contrast, care se produce uneori în pofida unor rezultate negative la testarea anterioară a substanței). Accidentul terapeutic, care survine în cursul administrării unei chimioterapii, poate fi determinat fie de natura drogului administrat, fie de „terenul” subiectului. Aceste ultime două situații impun luarea în considerație și prevenirea adecvată a apariției accidentelor în cursul investigațiilor și al tratamentului.

În cazul accidentelor, în general, este necesar să nu se omită și anumite caracteristici psihoindividuale, studii statistice actuale stabilind că 4/5 din accidente se datoresc unor stări psihice apărute în urma unor situații conflictuale sau ca urmare a unei lipse de aptitudine în practicarea activității respective. Lipsa de aptitudine a unui individ pentru un anumit tip de activitate face ca acesta să depună un efort suplimentar pentru îndeplinirea ei, efort care conduce la apariția unei stări de oboseală, ce predispune la apariția accidentului (poate fi vorba de un deficit aptitudinal intelectual, dextro-motor, senzorial etc.). Dominanta care poate exista la un moment dat în psihicul individului, legată de anumite frământări interioare, stări conflictuale, conduce la neglijarea unor măsuri elementare de prevenire a accidentelor. În mod aparent paradoxal, chiar dacă dominanta are o coloratură euforică (creată de aflarea unui succes, reușite etc.), rezultatul poate fi același. Încă din 1919, GRUNWOOD—WOODS și YUB, urmați

de ADLER, DUNBAY, ALEXANDER, TILIMAN, HALETES, au emis ipoteza că, cel puțin în ceea ce privește producerea accidentelor rutiere și a celor de muncă, ar exista un anumit tip de personalitate predispus la accident, ale cărui caracteristici ar consta în imaturitate emoțional-afectivă, coeficient crescut de agresivitate, QI scăzut, înadaptabilitate socio-familială. Acestei ipoteze i s-au adus însă critici care se referă la faptul că, în anumite locuri de muncă, în care există o mare fluctuație a muncitorilor (deci se întîlnesc tipuri diverse de personalități), rata accidentelor rămîne totuși neschimbată. Pe de altă parte, posibilitatea producerii accidentului crește proporțional cu expunerea la situație (un conducător auto care parcurge numai 1000 km pe an comparativ cu altul care parcurge 100000 km) și în fine, nu toate persoanele care prezintă trăsăturile descrise fac neapărat accidente. În ultimul timp ia proporții fenomenul apariției simptomatologiei de meta- și suprasimulare la cei care au suferit un accident, atitudine prin care se vizează obținerea unor beneficii secundare : pensionare, rente viagere etc.

82. ACCIDENTE DE MUNCĂ ● Desemnează acele evenimente neprevăzute care pot surveni în procesul muncii prin concurența unor factori subiectivi (psihoindividuali) și obiectivi (caracteristici ale locului de muncă), soldate cu lezarea integrității morfo-funcționale a organismului și pierderea capacității de muncă pentru minimum 24 de ore. Dacă incapacitatea de muncă depășește 30 de zile, accidentul este considerat grav ; accidentul este foarte grav cînd incapacitatea temporară de muncă depășește numărul de zile stabilit prin Codul Muncii, ducînd la întreruperea activității (temporar sau definitiv). Studiile întreprinse de WALLER (1965), CRANCER și QUIRING (1969), KASTRUP (1977) au relevat că procentul subiecților cu tulburări psihice implicați în accidente mai mult sau mai puțin grave este semnificativ crescut față de populația generală, pe categorii de afecțiuni deținînd prioritatea alcoolismul, tulburările de personalitate și psihozele. Dintre accidentele care pot apărea în procesul muncii sînt interesante pentru psihiatrie :

- accidentele care ca urmare a unei tulburări psihice cu caracter acut (intoxicație, stare confuzională, acces maniacal, crize comițiale) sau cronic (întîrziere mintală, sindrom psiho-organic cronic), pun subiectul în imposibilitatea de adaptare la situația obișnuită de muncă ;

- accidente care antrenează modificări psihice cu caracter permanent sau invalidități (senzoriale sau motorii), implicînd modificări în structura și modul de viață al personalității ;
- accidente care produc tulburări de tipul rent-nevrozei, subiectul căuțînd beneficii secundare în legătură cu situația accidentală în care a fost implicat. Cifrele epidemiologice arată diferențe majore în evoluția sindromului subiectiv atunci cînd subiectul este vinovat direct de producerea traumatismului.

În prima dintre situații, atitudinea preventivă, examenul medical riguros la angajare, examenul psihologic obligatoriu pentru anumite categorii de profesii, controlul periodic, selecția și orientarea profesională sînt principalele acțiuni preventive, profilaxia terțiară, prin dispensarizare, ca și supravegherea atentă a categoriilor preformale impunîndu-se cu necesitate la cazurile cronice. În cea de-a doua situație, psihiatrul trebuie să facă o primă analiză globală a potențialului restant al pacientului, să-l reorienteze profesional cu ajutorul celorlalți specialiști și să mențină o legătură permanentă cu subiectul și cu familia acestuia. În ultima ipostază, se impune o atitudine fermă din partea medicului psihiatru (psihoterapie de susținere, deconționare progresivă și reinsertie rapidă a subiectului în activitate).

83. ACCIDENTOTROPISM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRAUMATOFILIE.

84. ACEBUTOLOL^(DCI) ● Derivat butiranolilidic de tip 3'-acetil-4'-2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/butiranilidă. Indicat în anxietate, sindroame psihovegetative și simpaticotone, sevraje de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, a tremorului senil și a celui produs de intoxicația cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO \rightarrow BETABLOCANTE. Constituie principiul activ pentru următoarele produse farmaceutice :

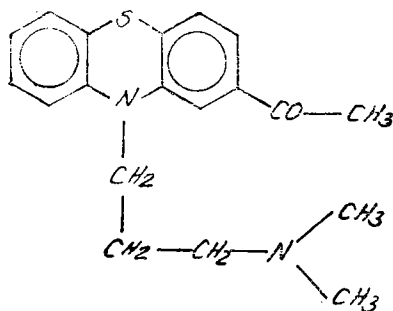
DIASECTRAL ^(M)	Danemarca
NEPTAL(L) ^(M)	R.F.G.
PRENT ^(M)	Austria, Elveția
RHODIASECTRAL ^(M)	R.F.G.
SECTRAL ^(M)	Anglia, Austria, Elveția, Franța, Olanda

85. ACEFAL (cf. gr. *a-ξ kephalē* „cap”) — sin. ACEFALIE ● Absența congenitală a capului — malformație incompatibilă cu viața. Prin extindere, a pătruns în uzul curent cu sens peiorativ, desemnând un subiect mai puțin dotat intelectual, care a săvârșit o greșeală aparent greu de înțeles.

86. ACEMIN^(M) Japonia — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ — derivat fenotiazinic
sin. → CLORDELAZIN^(M) România.

87. ACENESTEZIE (cf. gr. *a-ξ koinos* „comun, obișnuit” ; *aisthēsis* „senzație”) ● Absența sentimentului de existență fizică, întâlnită în demențe.

88. ACEPROMAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazina), de tip 10-/3- (dimetilamino)propil/fenotiazin-3 metil ketonă, cu acțiune sedativă antiemetică și alfa-adrenolitică ; potenzează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor și curarizantelor. Acțiunea sa poate fi comparată cu a CLORDELAZINEI, având însă un efect de 2—3 ori mai puternic și o toxicitate redusă la jumătate. Efectele secundare fiind moderate, are o paletă mai largă de utilizare. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :



ACETAZIN ^(M)	U.R.S.S.
ASETOZIN ^(M)	U.R.S.S.
NOTENSIL ^(M)	Anglia
PLEGIL ^(M)	Elveția, Franța, Spania, Turcia, S.U.A.
SOPRONTIN ^(M)	R.F.G.

89. ACEROFOBIE^(F) (cf. fr. *acéré* „dur, tăios, ascuțit” ; *phobos* „frică”) ● Termen introdus în 1880 pentru a desemna o frică excesivă, patologică — având o motivație mai mult sau mai puțin justificată — a unui subiect de a părea „dur”, de a fi tranșant, de a fi ironic (acid, acru), de a supăra în cursul comunicării. Poate fi întâlnit mai frecvent la personalitățile psihastenice și la distimici depresivi. Termenul a fost utilizat de unii autori eronat, după părerea noastră, spre a defini frica de acizi.

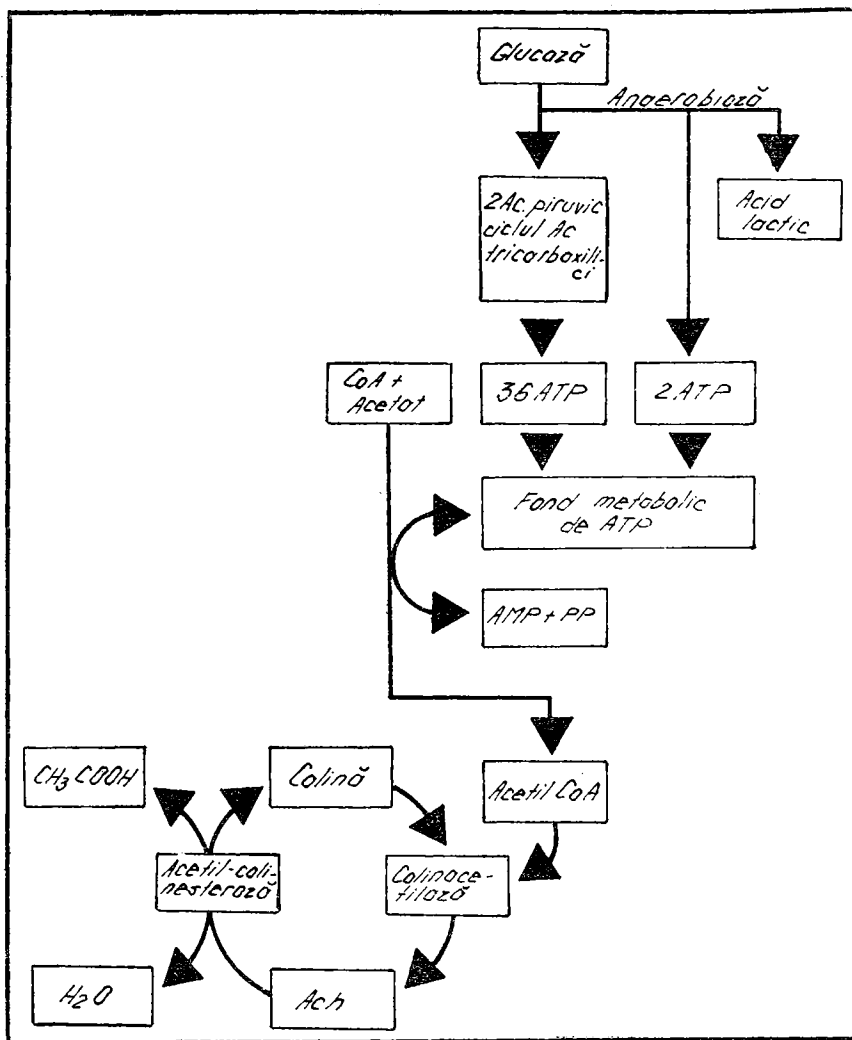
90. ACETAZIN^(M) U.R.S.S. — neuroleptic sedativ → ACEPROMAZINE^(DCI).

91. ACETEXA^(M) R.F.G. — DCI Nortriptilină ● Antidepresiv timoleptic — derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-Δ^{5,γ}-propilamină, cu acțiune mai rapidă decât a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

92. ACETILCOENZIMA A — sin. ACETAT ACTIVAT, ACETIL-ACTIVAT, ACETIL-CoA, CH₃CO ~ S.CoA ● Unitate dicarbonică „activată”, rezultat al unirii acetatului cu coenzima de acilare. Acetilcoenzima A este un compus cu potențial chimic ridicat, ce conține o legătură macroergică. Provine din glucoză, via secvența Embden-Meyerhof pînă la acid piruvic, urmată de decarboxilarea oxidativă a acestuia. În principiu se poate obține atât din grăsimi cât și din aminoacizi. Participă la biosinteza acizilor grași, la transferul legăturilor macroergice în cadrul ciclului acizilor tricarboksilici etc. Acetilcoenzima A reprezintă materia primă pentru sinteza de colesterol. În ordinea importanței, producătorii de colesterol sînt ficatul, intestinul, cortexul adrenal și glandele sexuale. Suprarenalele și glandele sexuale îl utilizează ca materie primă pentru sinteza hormonilor specifici. Substanța nervoasă produce activ colesterol în perioada mielinizării nervilor — ultima parte a vieții intrauterine și imediat după naștere. În prezența acetilcoenzimei A, ca agent de acilare a colinei, a adenozintrifosfatului și a ionilor de magneziu se sintetizează acetilcolina, reacție catalizată de colin-acetil-transferază → ACETILCOLINA. Acetilcoenzima A este deci un metabolit situat la interferența mai multor secvențe catabolice sau anabolice, în special a celor care implică înmagazinare sau eliberare de energie.

93. ACETILCOLINĂ • Structural, acetilcolina este un ester al colinei, iar funcțional este mediatorul chimic al fibrelor colinergice din sistemul nervos parasimpatic, din fibrele sim-

Descrisă de HUNT (1907), DALE (1914) și LOEWI (1921), constituind, la noi în țară, începând din 1919, obiectul unor studii susținute efectuate de D. IONESCU, D. DANIE-



Sinteza și degradarea acetilcolinei

patice preganglionare, de la nivelul plăcii motorii și din unele sinapse centrale. Dozele mici fiziologice exercită efecte parasimpatico-mimetice și de facilitare a transmiterii sinaptice centrale și periferice, în timp ce dozele mari pot exercita atât efecte excitante cât și deprimate.

LOPOLU și V. PAPILIAN, acetilcolina este prezentă în majoritatea organelor, cu precădere însă în structurile nervoase centrale și periferice.

Acțiunea acetilcolinei se realizează prin intermediul receptorilor muscarinici în periferie,

al receptorilor nicotiniici la nivelul central și glandular, precum și al unor receptori de tip intermediar (L. POPOVICIU). Acțiunile acetilcolinei se exercită la nivelul majorității aparatelor și organelor: aparatul cardio-vascular, tractul gastro-intestinal, aparatul respirator, sistemul muscular, sistemul nervos central și periferic. La nivelul sistemului nervos central efectele sînt dominante muscarinice și pot fi excitatoare sau inhibitoare în funcție de localizarea neuronilor asupra cărora acționează (somnia, convulsii, influențe asupra unor reacții comportamentale ca bioritm somn-veghe, aportul alimentar și hidric, influențe asupra unor stări emoționale). La nivelul sistemului nervos central a fost identificat un sistem colinergic reprezentat de neuronii ce conțin acetilcolină și colinesterază (enzimă implicată în degradarea acetilcolinei). Localizarea acestui sistem este medulară și telencefalică, iar acțiunea acetilcolinei asupra sistemului este dublă: nicotinică, rapidă — caz în care aceasta are rol de neurotransmițător —, și muscarinică, lentă și de durată, cu funcție de mediere a unor fenomene complexe ale activității nervoase.

Acetilcolina a fost implicată ca intermediar între faza serotonergică și cea noradrenergică a somnului paradoxal ca mediator chimic la nivelul ganglionilor bazali. Tulburări ale activității colinergice au fost corelate cu parkinsonismul și coreea cronică. În primul caz, este implicată o deficiență dopaminergică în sistemele neuronale nigrostriate, care utilizează ca neuromediatorii acetilcolina, acidul gamaaminobutiric, serotonina, noradrenalina, iar în al doilea caz — degenerarea neuronilor ce primesc influxuri colinergice. Dezechilibre în balanța dintre sistemele dopaminergice și colinergice, cu dominanța celor dintii, au fost implicate în apariția simptomatologiei delirante din schizofrenie.

Sînt cunoscute și efectele anticolinergice ale antidepressivelor, efecte care stau la baza reacțiilor adverse pe care le prezintă aceste substanțe în timpul tratamentului și de cele mai multe ori sînt cauza abandonării tratamentului de lungă durată din ambulator.

Numeroase substanțe farmacologice interferează cu receptorii muscarinici și nicotiniici, fiind utilizate fie ca reactivi farmacologici, fie ca agenți terapeutici (exemplu: pilocarpina, fizostigmina etc.). S-a constatat, de asemenea, intervenția unor anticolinergice în alterarea proceselor mnezice.

94. ACETILCOLINESTERAZĂ ● Enzimă care inactivează acetilcolina prin scindare în colină și radical acetil. În aproape toate țesuturile există două tipuri de acetilcolinesteraze: specifică și nespecifică. Atît excesul, cît și deficitul acestor enzime provoacă tulburări ale mediației colinergice, cu răsunset funcțional important. Degradarea acetilcolinei sub acțiune enzimatică este un proces exergonic. Enzima este prezentă nu numai la nivelul sinapselor, ci este răsîndită în întreaga fibră nervoasă. La nivel cerebrosplinal, enzima este distribuită în cantități mari în neuronii colinergici și în terminațiile nervoase din nucleii bazali, cortexul cerebral și cerebelos, nucleii motori ai nervilor cranieni și centrul respirator. La nivel periferic, ea apare în fibrele vegetative preganglionare parasimpatice și somatice, aflîndu-se localizată atît pre- cît și post-sinaptic, precum și intraaxonal. Enzima neuronală, sintetizată la nivel de pericaron, este condusă spre terminații prin transport axonal activ. Prezența colinesterazei este legată atît de necesitatea inactivării acetilcolinei eliberate, cît și de necesitatea menținerii unui echilibru stabil al depozitelor de acetilcolină, asigurat continuu prin sinteză. Tratamentul cu inhibitori colinesterazici provoacă intensificarea și prelungirea efectelor acetilcolinei exogene, precum și ale efectelor produse de stimularea nervilor acetilcolinergici. La nivelul organelor, unde există un tonus parasimpatîc mai important, implicînd eliberare de acetilcolină chiar în stare de repaus, inhibitorii colinesterazici provoacă efecte de tip parasimpatomimetic (bradicardie, exagerarea motilității gastro-intestinale, mioză, sialoree etc.).

95. ACETOFENAZINE^(DC1) ● Derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-/4-(2-hidroxi-1-piperazinil)propil/fenotiazin-2-metil cetona, cu acțiune antipsihotică, indicat în endogenii acute și cronice și posedă valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

TINDAL^(M) S.U.A. TINDALA^(M) Suedia.

96. ACHALASIE/ACALAZIE (cf. a- și chalis „relaxare”) ● Absență sau deficit al peristaltismului esofagian însoțită de lipsa de relaxare a sfincterului esofagian inferior. După un timp pot apărea dilatații esofagiene tipice. Pacienții se plîng de disfație, disconfort și regurgități după mese, cu vomă. Mult timp această afecțiune a fost considerată psihogenă, în prezent putîndu-se demonstra originea ei

neurogenă. Prezintă interes psihiatric în ceea ce privește mai ales diagnosticul diferențial (în care examenul radiologic are un sens hotărâtor).

97. ACHARD-THIERS⁽⁸⁾ — sindrom — sin. CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ ; MOREL⁽⁹⁾ sindrom ; MORGAGNI⁽¹⁰⁾ boală STEWART-GRIEG-MOREL⁽⁵⁾ — sindrom ; STEWART-MOREL⁽⁶⁾ sindrom $\xrightarrow{\text{sin}}$ MORGAGNI-STEWART-MOREL⁽⁸⁾ sindrom.

98. ACHENBACH⁽⁷⁾ test ● Chestionar imaginat de autor pentru a fi folosit în clinica de psihiatrie infantilă. Cuprinde 138 de itemi care pot fi completați de mama copilului sau de clinician. Răspunsurile privesc scoruri pe scale diverse : de depresie, de comportament social, plingeri somatice, trăsături schizoid-obsesive, hiperactivitate, probleme sexuale, delinvență, agresivitate, cruzime.

Scala poate fi folosită pentru copii de ambele sexe între 4 și 16 ani. J. D. CAL (1986) consideră că această scală are proprietăți psihometrice excepționale.

99. ACHERMAN⁽⁵⁾ sindrom ● Descriș de autor în 1936, acest sindrom, supranumit și sindromul trecutului, este legat de faza expansivă de dezvoltare a delirului schizofrenic. Bolnavul caută un refugiu în trecut pentru a încerca să iasă din suferințele prezentului. Această întoarcere în trecut este rezultatul unor fenomene deosebite, ca inventarea unui trecut fals, perceperea unui alter ego paramnezic, fenomenul de „rotație”, în care trecutul și prezentul sint percepute într-o succesiune circulară din care viitorul este exclus. Biografia subiectului se denaturează, luind un aspect megalomanic, care însoțește delirul acestei faze. Se întâlnește în schizofrenie și parafrenie.

100. ACHIZIȚIE (cf. fr. *acquisition*) ● În sens larg, tot ce se poate obține și păstra, prin cumpărare, forță fizică, presiuni psihologice, moștenire, licitație sau hazard. În psihologie, tot ce se obține prin experiență și este tezurizat ca „bun” individual sau colectiv. Depozitarul acestei experiențe, dobândite la nivel individual prin instrucție și educație (formală sau informală), sub influențe socio-culturale, este memoria individuală, prin me-

canismele de stocare și conservare. Achiziția de informații, cunoștințe, deprinderi, atitudini, valori, scheme mentale, algoritmi de lucru, pattern-uri comportamentale etc. se realizează progresiv în ontogeneză, pe măsura maturizării morfofiziologice și intelectuale a copilului „candidat la umanitate” (după cum se exprimă plastic H. PIERON). Cultura umanității s-a înmagazinat și immortalizat pentru posteritate în memoria socială, depozitată în cărți, biblioteci, muzee, fotografii, filme, benzi sonore sau video, bănci de date etc.

101. ACID ASCORBIC (VITAMINA C) ● Vitamină care, din punct de vedere chimic, este gamma lactona acidului L-gulonic. Nu se cunoaște decit o singură formă naturală activă, formele de sinteză avind o activitate mai redusă. Biosinteza este realizată de plante și de majoritatea animalelor. La om enzimele necesare biosintezei lipsesc ; deci acidul ascorbic este adus numai prin aport exogen. Se află în cantități apreciabile în legume și fructe verzi. La regnul animal se găsește în colostru și lapte. În organism se află în concentrații mari în suprarenale, hipofiză, peretele intestinal, umorile apoasă și vitrosă, leucocite și în cantități mici, în globulele roșii, mușchi, creier. Ca atare sau ca acid dehidro-ascorbic, vitamina C participă la transformările pe care diversele categorii de substanțe le suferă în organism : hidroxilări, oxidări, hidrogenări ; se pare că intervine în metabolismul general și în întreținerea țesutului conjunctiv și a substanței fundamentale intracelulare, mai ales la nivelul pereților capilari și tramei osoasă (hidroxiprolina este constituenț al colagenului), mărește concentrația în fier, în fluidele organismului, deci potențează efectele acidului folic în procesele metabolice, avind un rol deosebit în hematopoezi. Unele cercetări recente au evidențiat intervenția favorabilă a acidului ascorbic în activitatea hormonală. Astfel :

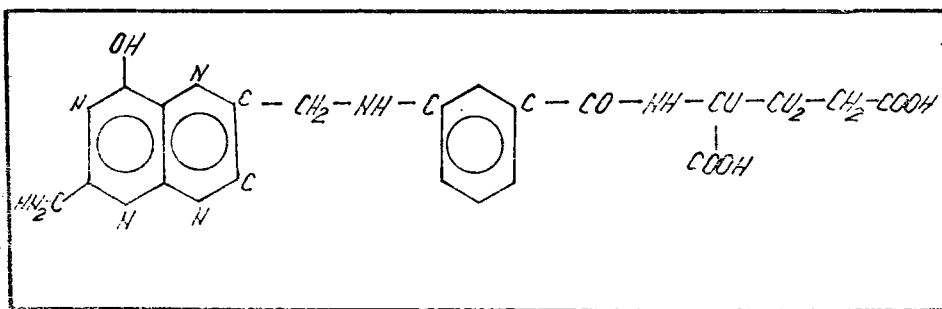
- activitatea multor hormoni este mediată de adenozinmonofosfatul ciclic ;
- formarea adenozinmonofosfatului ciclic este catalizată de adenilciclază, care, la rindul ei, este activată de catecolamine (adrenalină) ;
- biosinteza catecolaminelor are loc cu participarea acidului ascorbic în procesul de hidroxilare ; deci un nivel optim de vitamină C în organism asigură biosinteza corespunzătoare de adrenalină, necesară activării adenilciclazei, care catalizează formarea adenozinmonofosfatului ciclic, indispensabil unei bune activități hormonale.

Necesarul minim al organismului în vitamina C se consideră a fi 1 mg/kg corp zilnic, cu variații între 30 și 70 mg/zi (în funcție de autor). Există situații fiziologice sau patologice și disfuncții în care se impun aporturi sporite de vitamina C: copii și adolescenții, femeile însărcinate, bolile febrile, afecțiunile virale și mai ales gripa, plăgi pe cale de cicatrizare, surmenaj, boala canceroasă, unele tulburări cardio-vasculare. Carența de acid ascorbic, rar întâlnită azi, determină „scorbutul clinic”, manifestat diferit din funcție de vîrstă, de gravitatea carenței și de precocitatea instalării tratamentului.

102. ACID FOLIC — sin. ACID PTEROIL-GLUTAMIC • Acid aromatic dicarboxilic rezultat din cuplarea acidului glutamic cu 2-amino-4-hidroxi-pterina prin intermediul acidului p-amino-benzoic. Face parte din grupul vitaminelor B₁₂ ia parte activă la procesele de sinteză și maturare a eritroblastului. Deficiența de acid folic reprezintă cauza principală a unor anemii macromegalocitare: sprue, anemia pernicioasă de sarcină, anemia macrocitară tropicală etc. Este o vitamină hidrosolubilă care, alături de celelalte, produce coenzime ce participă la reacții chimice esențiale pentru organism. Acidul folic dă naștere acidului tetrahidrofolcic și derivaților acestuia. Reacția se desfășoară prin hidrogenare, cu participarea acidului ascorbic.

efecte negative legate de rolurile pe care acesta le îndeplinește. Cel mai caracteristic este cel de anemie gravă, de tip megaloblastic, macrocitar și hiperchrom. Aceasta înseamnă că în singele circulant apar forme primitive de eritrocite, cu dimensiuni mari și bogate în hemoglobină. Anemia de tip Biermerian ar fi consecința perturbării grave a metabolismului acizilor nucleici, cu inhibiția sintezei de acid dezoxiribonucleic, de care depinde maturarea celulelor tinere (consecința este apariția megaloblaștilor). Ca și în cazul deficitului de vitamină B₁₂, se produc tulburări în funcțiile celulelor din tot organismul și uneori hematopoeza este mai puțin afectată decît funcția sistemului nervos. Sindromul neuropsihic, frecvent întâlnit și înainte de era vitaminoterapiei, avînd adeseori consecințe grave, constă în tulburări prosexo-mnezice, depresie, agitație, stări maniacale sau paranoide, halucinații auditive, uneori cu evoluție spre demențiere. Semnele psihice pot preceda manifestările hematologice; subiectul fiind etichetat greșit ca bolnav psihic. Frecvent se asociază manifestări neurologice, care se pot sistematiza într-un sindrom pseudotabetic, piramidal, de secțiune medulară etc.

103. ACID GAMAAMINOBTIRIC sin.
→
GABA.



Nevoile zilnice de acid folic se apreciază la 5 μg — 0,2 mg. Absorbția se face la nivelul intestinului subțire, iar principalul organ de depozit este ficatul. Forma biologică activă este acidul folinic (Citrovorum Factor). Fiind, alături de alte vitamine din complexul B, substanțe cu rol de creștere pentru microorganisme și cu rol de vitamine pentru organismele superioare, carența de acid folic va determina

104. ACID GLUTAMIC — sin. ACID α-AMINOGLUTARIC ; HOOC CH₂CH(NH₂) COOH • Aminoacid monoaminodicarboxilic implicat în numeroase procese metabolice (dezaminare, transaminare etc.) și funcționale ale creierului, ficatului, rinichiului etc. Este singurul aminoacid care îndeplinește rolul de substrat energetic pentru celula nervoasă, mai ales în lipsa glucozei și concentrația în singele uman —

0,7 mg/100 ml ; concentrația în urină la 24 de ore — 250 mg. În creier sînt prezente și active atît sistemele enzimatic necesare sintezei și degradării acestui aminoacid, cît și acelea ce pot asigura interacțiunile sale metabolice cu glucidele, lipidele, protidele. Prin formare de acid aminoglutaric, se poate produce spontan acid α -cetoglutaric la un nivel redus al amoniacului tisular ; prin glutamat-dehidrogenază și prin transaminare, acidul glutamic ar putea deci înlocui, într-o oarecare măsură, glucoza în procesul respirator celular, alimentînd ciclul acizilor tricarboxilici cu acid α -cetoglutaric. Sistemul glutamină-acid glutamic joacă un rol foarte important în reglarea metabolismului amoniacului (toxic nervos) în sistemul cerebral, după reacția :

acid glutamic + $\text{NH}_3 \Rightarrow$ glutamină

Sub formă de acid glutamic (GLUTAROM^(M)) servește ca substrat pentru detoxifierea amoniacului acumulat în organism. Administrarea este indicată în : encefalopatie hepatică, starea de rău epileptic, oligofrenie, neurastenii, surmenaj psihic, cecitate (discutabil).

105. ACIZI GRAȘI LIBERI — sin. FFA (free fatty acids) și NEFA (non esterified fatty acids) ● Concentrație 5—25 mg% ml plasmă. Sursa principală este hidroliza trigliceridelor în țesutul adipos, reacție prin care depozitele de grăsimi furnizează substanțe energetice pentru restul organismului. Factorii ce determină intensitatea hidrolizei trigliceridelor din țesutul adipos (lipoliza) și afluxul de acizi grași țin de modificări metabolice. O altă sursă o constituie trigliceridele din chilomicroni și lipoproteine cu densitate foarte mică, ce eliberează acizii grași liberi sub acțiunea lipoprotein-lipazei. Acizii grași liberi sînt captați de țesuturi și utilizați intracelular, cu excepția creierului și a hematilor toate celelalte țesuturi avînd capacitatea de a utiliza acizii grași liberi ca substrat energetic, uneori chiar preferențial în anumite condiții. Sînt alcătuiți din acizi grași saturați (palmitic, stearic) — 49%, acizi grași nesaturați (oleic, palmițoleic) — 38%, acid linoleic — 10%, acid arahidonic — 1,3%.

106. ACID 5-HIDROXINDOL ACETIC ● Produs final de degradare a serotoninei, prezent în cantități mari în urina bolnavilor cu sindrom carcinoid. Se detectează în extractul de urină cu solvenți organici, prin reacții de culoare. Nivelul acidului 5-hidroxiindol acetic în lichidul cefalorahidian, ca produs de metabolism al serotoninei, este o reflectare indirectă a nivelului serotoninei eliberate la nivel

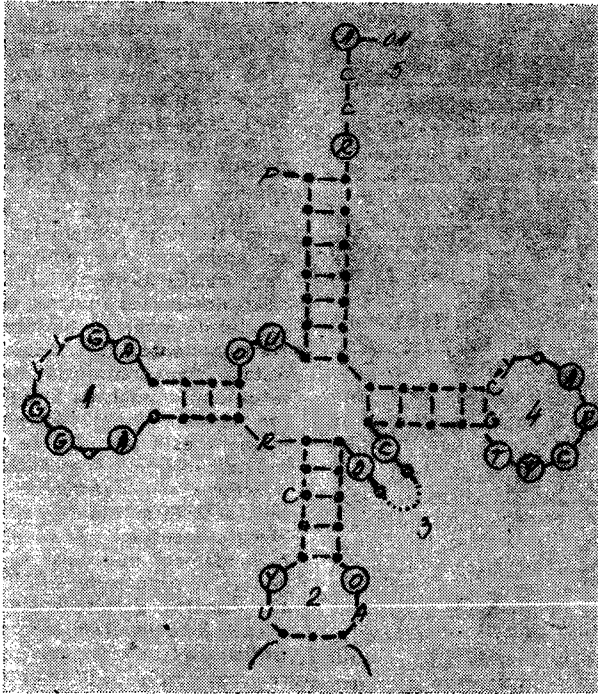
cerebral. Neuromediatorii implicați în apariția depresiei severe sînt serotonina și noradrenalina. Deoarece administrarea reserpinei, IMAO și antidepresivelor triciclice afectează atît serotonina cît și noradrenalina, este dificil de precizat care din cele două substanțe este implicată în tulburările depresive. Administrarea triptofanului, ca precursor al serotoninei, poate stimula formarea de serotonină, fără creșterea noradrenalinei. Pe de altă parte, modificări evidente ale serotoninei au fost decelate la unii pacienți depresivi. Studiile au evidențiat că unii subiecți aveau un nivel normal al acidului 5-hidroxiindol acetic, în timp ce la alții nivelul era extrem de redus, ceea ce coincide clinic cu o „depresie întîrziată”. De asemenea, nivelul redus al serotoninei a fost coratostat în creierul pacienților suicidari, în comparație cu cei la care moartea a survenit din alte cauze. Nivelul serotoninei crește în schimb sub acțiunea antidepresivelor.

107. ACID HOMOVANILIC ● Produs final al metabolismului dopaminei. Cantitățile sînt proporționale cu numărul și frecvența stimulării neuronilor dopaminergici. Pentru a aprecia activitatea receptorilor dopaminergici, se poate măsura conținutul cerebral de acid homovanilic.

108. ACIZI NUCLEICI ● Polimeri tetranucleotidici, a căror unitate elementară — nucleotidul — este formată dintr-o bază purinică sau pirimidinică, acid fosforic și o pentoză, constituenți permanenți și ubicitari ai materiei vii. Au o structură filiformă, în general, în care nucleotizii sînt uniți între ei prin legături monofosfodiesteri 3', 5' ; constituie baza chimică a funcționalității aparatului genetic în exercitarea funcțiilor de ereditate, variabilitate și determinism al caracterelor organismelor. Nucleotidele constitutive sînt unite între ele prin resturi de acid fosforic. Lanțurile polinucleotidice prezintă bazele purinice sau pirimidinice ca grupări laterale. Elementele variabile într-un lanț polinucleotidic sînt natura și secvența bazelor azotate ; ARN — adenină, guanină, citozină ; ADN — adenină, guanină, citozină, timină. În 1953, WATSON și CRICK au propus structura dublu helicoidală pentru ADN, în care două lanțuri polinucleotidice sînt înfășurate cu bazele spre interiorul structurii, în așa fel încît bazele aflate în aceeași poziție se află față în față și unite prin legături de hidrogen, care stabilizează structura spațială a dublului helix.

● **Acid ribonucleic (ARN, RNA)** — Acid nucleic alcătuit din ribonucleide, sub formă de structură primară monocatenară sau sub formă bicatenară dublu helicoidală; este sintetizat în nucleul celular, de unde difuzează

matrice în sinteza ARN mesager, care, la rândul ei, are rol de matrice în biosinteza proteinelor și el translocă mesajul genetic din secvența dezoxinucleotidică în angrenajul biochimic al sintezei pro-



Structura în „frunză de trifoi” a ARN-ului

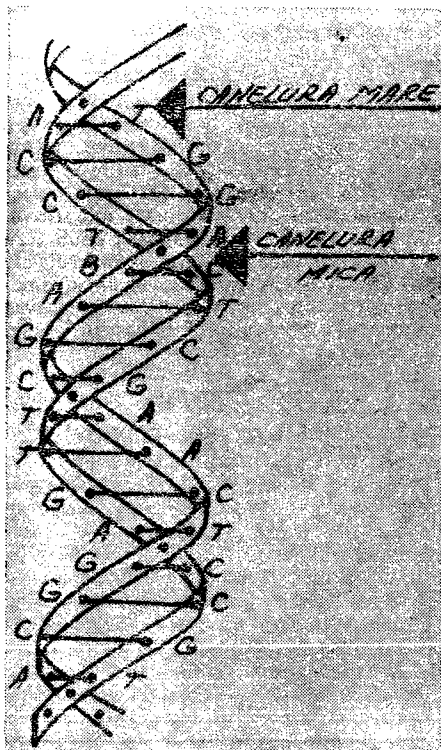
în mare parte în citoplasmă. Există trei tipuri de acid ribonucleic, cu structuri și funcții diferite în sinteza proteinelor:

- ARN solubil sau de transport, de transfer. Se află dizolvat în citoplasmă și transportă aminoacizi (aflați, de asemenea, în citoplasmă) la nivelul formațiunilor unde are loc sinteza moleculei proteice.
- ARN ribozomal intră în constituția citoplasmei și la nivelul său are loc biosinteza proteinelor. În ribozomi, acest ARN este combinat cu proteine de diverse tipuri.
- ARN mesager, sin. ARN informațional, este sintetizat în celule la nivelul aparatului genetic, prin reacția biosintetică de transcriere, fiecare genă care se exprimă fenotipic contribuind cu rol de

teinelor, prin intermediul său aparatul genetic determinându-și expresia fenotipică. Se pare că există și un ARN imunogen, implicat în răspunsul imun al organismului.

● **Acid dezoxiribonucleic (ADN)** — sin. ACID TIMONUCLEIC. Component specific al nucleului celular, cu structură complexă bicatenară, helicoidală, în care intră acid fosforic, o pentoză (deoxi-2-riboză) și cîte două baze purinice (adenina și guanina) și pirimidinice (timina și citozina); greutatea moleculară poate ajunge pînă la 160×10^6 daltoni. Este considerat ca purtătorul informației genetice, fiind materialul genetic însuși. Prin

biosintează replicativă, transmite caracterele în succesiunea de generații, iar prin intermediul determinării sintezei acizilor ribonucleici, coordonează calitativ și cantitativ sinteza proteinelor.



Aspectul dublului helix

● **Sinteza acizilor nucleici.** Se face sub acțiunea unor sisteme enzimatice — ADN-poli-meraze active —, cînd în mediul de reacție se află o cantitate mică de „tipar” sau „matrice” de ADN, toate cele patru molecule specifice și ionii de magneziu. Se obține un ADN bicatenar. Se realizează un fenomen de „replacare”, după tiparul ADN-matriceal, replicare care este semiconservativă, fiecare moleculă de ADN rezultată avînd o catenă din molecula de ADN din care provine. Sinteza ARN se face sub acțiunea ARN-poli-merazei, în prezența ionilor de magneziu și a nucleotidelor caracteristice ARN-ului. Astfel ia naștere ARN-ul mesager, adică are loc „transcrierea” sau „transcripția” de ADN matriceal, genetic

în ARN mesager, care ulterior va lua parte la sinteza proteinelor. Deci ARN și ADN iau parte la realizarea codului genetic în care, pentru fiecare aminoacid, există un triplet de nucleotide din ARN mesager, numit „codonul” aminoacidului. Ținînd seama că ARN mesager s-a format prin transcrierea ADN-ului genetic, se înțelege că acel codon al aminoacidului corespunde totodată unui triplet de nucleotide cu baze complementare din constituția ADN-ului. Fiecare aminoacid are unul sau mai mulți codoni. Structura ARN, împreună cu mediatorii chimici, implică diferențele biochimice dintre neuroni. Conținutul în ARN a fost propus ca indicator al stării funcționale a neuronului. Cantitatea de ADN, deși redusă în substanța cerebrală, este suficientă pentru a asigura sinteza proteinelor și a ARN mesager corespunzător. Se emit interesante ipoteze de corelare a memoriei de lungă durată cu acizii nucleici ca substrat al acestora și al procesului de învățare. Se încearcă stabilirea unei corepondențe între memoria genetică, manifestată prin transmisia mesajului genetic, și fenomenul mintal, de înregistrare, al memoriei (pe termen lung). Corepondența în acest moment este formală, de expresie, și nu de substrat chimic. Transmiterea memoriei prin injectarea sau ingestia de ARN este discutabilă, această substanță neputînd trece bariera hemato-encefalică. ARN-ul este considerat și ca fundament molecular al memoriei. Electrogeniza și sinteza de ARN par a fi proprietățile cele mai caracteristice ale neuronului. În procesul de învățare și condiționare, concentrația ARN mesager nuclear crește. Diminuarea memoriei pînă la amnezie ar putea fi determinată de scăderea conținutului de ARN și de creșterea frecvenței erorilor de transmisie și translație a informației de pe molecula de ADN neuronal.

109. **ACID VALERIC** — sin. **ACID VALERIANIC** ● Acid organic monocarboxilic (conținînd radicalul butil-) extras din rădăcinile unor plante (Valeriana officinalis, Angelica archangelica), cunoscute din vechime pentru calitățile lor aromatizatoare, dar mai ales pentru efectul „instantaneu” sedativ pe care-l produc sărurile acestui acid, utilizate sub forma diverselor tincturi. Ele continuă să fie și astăzi folosite cu mult succes în tratamentul migrii „crize de nervi” ale persoanelor labile emoțional, al neurasteniei cenestopate.

110. **ACIDURIE ARGININSUCCININICĂ** ^{sin.} → **ALLAN-CUSWORTH-DENT**^(B) boală.

111. ACIFOL^(M) Mexic — DCI *Propranolol* ●
Betablocant cu acțiune anxiolitică ^{sin.} → PRO-
PRANOLOL^(M) România.

112. ACINO^(M) Argentina — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene — derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică, de tip N-etil- α -metil-m-(trifluorometil) fenetilamină — există pericolul dependenței.

113. ACLUOFOBIE^(F) (cf. gr. *achlys* „intra-neric” ; *phobos* „frică”) ● Termenul desemnează o frică patologică pentru întuneric și locuri întunecoase. În genere nu are valoare patologică, trădând, în majoritatea cazurilor un grad de imaturitate a personalității. În copilărie este normală.

114. ACME/ACMEE (cf. gr. *akmē* „virf”) — sin. FASTIGIUM ● Termen care inițial a fost folosit pentru a denumi valoarea cea mai crescută a unei curbe febrile și care, prin extindere, se folosește pentru a denumi punctul maxim de dezvoltare pe care un proces patologic îl poate atinge în evoluția sa.

115. ACMESTEZIE (cf. gr. *akmē* ; *aisthesis* „senzație”) — sin. ACUESTEZIE ● Senzații tactile resimțite ca înțepături, de obicei nu foarte dureroase, întâlnite în nevroze și toxicomanii.

116. ACNEE (cf. gr. *akmē*) ● Este o inflamație foliculară de origine seboreică. Dintre varietățile de forme clinice, acneea juvenilă, polimorfă, se întâlnește mai frecvent între 11—15 ani, în etiologia sa fiind incriminate, pe lângă factori ereditari, nutriționali, dezechilibrul, androgeni-estrogeni etc. și tulburările psihice sau neurovegetative. O formă de acnee juvenilă este acneea excoriantă a tinerelor fete, întreținută prin traumatizare permanentă, obsesivă, prin stoarcere și scârpănare a pielii. Tulburările nervoase sînt incriminate, între alte cauze, și în producerea acneei rozacee, constind din papule și papulo-pustule foliculare, pe un fond eritematos cu telangiectazii. Subiecții cu acnee și, în mod deosebit, tinerele persoane de sex feminin, pot manifesta sentimente de inferioritate, stări depresive, labilitate emoțională, irascibilitate, preocupări obsesive legate de afecțiunea lor, dificultăți în stabilirea de contacte cu anturajul. Impor-

tanța factorului neuropsihic (slături de factorii ereditari, endocrini, dietetici) pare a fi demonstrată și de asocierea frecventă dintre acnee și ulcerul duodenal, în care intervenția unei componente psihice este deja cunoscută.

117. ACOLASIE (cf. gr. *a-* ? lat. *collatio* „reunire” dar și „luptă”, „ciocnire”) ● Termen care nu se mai utilizează, fiind conceput inițial pentru a desemna o perturbare a capacității de abținere, în sensul de revenire la dorință.

118. ACOMODARE (cf. lat. *accomodatio* „potrivire, conformare”) ● În sens general, acomodarea desemnează adaptarea sau ajustarea unui organism la noile condiții fiziologice și de mediu → ADAPTARE ; mod adecvat de reactivitate a organismului la schimbările mediului.

● În psihofiziologia optică, prin acomodare se înțelege reglarea reflexă a curburii cristalinului, datorită elasticității acestuia și contracției mușchiului ciliar în raport cu stimulii aflați la distanțe variabile de ochi.

Acomodarea cristalinului constituie unul dintre cei opt factori responsabili de percepția spațiului, cu predilecție a profunzimii și a reliefului.

● În psihologia genetică, acomodarea este procesul complementar asimilării, din ale căror echilibrări succesive se realizează adaptarea psihică la mediu. Spre deosebire de adaptarea biologică — propriu-zisă —, care este nemijlocită și vizează întreg organismul, adaptarea psihică, prin care se înțelege integrarea condițiilor de mediu în structura internă a organismului, vizează numai o schemă de acțiune ce mijlocește adaptarea biologică, „o punere în echilibru, progresiv, între un mecanism asimilator și o acomodare complementară”. Această distincție poate fi sesizată în observarea unor conduite foarte frecvente la nou-născuți: sugerea sînelui, sugerea degetului ; în primul caz, se ajunge nemijlocit la introducerea de substanțe nutritive în organism, pe cînd sugerea degetului nu se soldează decît cu „învățarea” suptunii.

În timp ce prin asimilare se înțelege incorporarea sau absorbția unui obiect exterior sau a unei situații într-o schemă de acțiune interioară subiectului (schemă mentală sau model operațional), prin acomodare se înțelege adaptarea respectivei scheme la obiectul asimilat.

● În psihologia socială, acomodarea definește ansamblul modificărilor de ordin atitudinal și comportamental personal, care se produc în cadrul relațiilor interperso-

nale. Consecințele acomodării între doi parteneri — ai unui dialog, cuplu conjugal, relații de muncă — constau în renunțarea reciprocă la unele idei, atitudini, valori, comportamente etc., corelată cu acceptarea și respectarea (altora) de către ambii, ceea ce ar echivala cu un consens sau acord mutual.

● În *psihiatrie*, acomodarea se suprapune termenului general de adaptare, reflectând o deschidere mai largă spre sfera modificărilor: complexe psihofiziologice, survenite atât în mediul intern, cât și în mediul extern, la care organismul trebuie neîncetat să se adapteze pe parcursul existenței sale → ADAPTARE.

119. **ACONDROPLAZIE** (cf. gr. *a* și *chondros* „cartilaj” și *plassein* „a forma”) → CONDRD-DISTROFIE FETALĂ.

120. **ACOPIE** (cf. gr. *a-* și lat. *copia* și fr. *copier*) ● Tulburare constind din imposibilitatea bolnavului afazic de a efectua comanda de copiere a unui text oferit de examinator.

121. **ACORIE** (cf. gr. *a-* și *koros* „sațietate”) — sin. **APLESTIE** și **BOAS-MATHIEU**⁽⁸⁾ sindrom ● Termen introdus în limbajul psihiatric de către BOAS și MATHIEU, la sfârșitul secolului al XIX-lea și reactualizat de LA-CASSIE și denumește o tulburare gravă, constind în lipsa senzației de sațietate în condițiile unui aport alimentar normal sau chiar crescut. Trebuie făcută distincția dintre acorie (absența senzației de sațietate) și bulimie, care reprezintă echivalentul ei comportamental. Absența senzației de sațietate nu reprezintă întotdeauna un fapt patologic, ea putind fi realizată și la subiecți normali prin antrenament. HIPOCRATE, de altfel, a acreditat acest termen, drept lipsă de moderație în consumul alimentar.

În patologie, acoria, cu echivalentul ei comportamental bulimia, se întâlnește în schizofrenie, demențe, debilitate mintală.

122. **ACRAM** (arab) ● Termen prin care este desemnată tulburarea comportamentului sexual de tip satiriazis sau ninfomanie.

123. **ACRANIE** (cf. gr. *a-* și *kranion* „craniiu”) —^{sin.} → ACEFALIE.

124. **ACRAZIE** (cf. gr. *a-* și lat. *cras* „miine”) ● Perturbare a moderației și aminarea lucidă în abstenență.

125. **ACREAȚIE** (cf. gr. *a-* și lat. *creatio* „procreare, naștere”) ● Proces realizat prin simpla coeziune a unor elemente date sau prin adăugarea altora, ce nu constituie valori în sine. Produsul obținut, deși îmbogățit față de modelul primar, nu reprezintă rezultatul unui proces creativ, generator de noi valori. Fără a atinge neapărat sfera patologică, fenomenul poate fi întâlnit la subiecți lipsiți de imaginație și de simț al propriei valori, care realizează simple colaje. Ei pot genera idei de revendicare și mai ales de persecuție.

126. **ACRINIE SALIVARĂ** (cf. gr. *krēnē* „izvor, fântână”) — sin. **APTIALIE** și **APTIALISM**^{sin.} → ASILALIE.

127. **ACROAGONINĂ** (cf. gr. *akros* „extremitate” și lat. *agonia*) ● Substanță presupusă a fi produsă la nivelul cerebral în urma tratamentului convulsivant. CERLETTI, autorul sismoterapiei, a presupus, de asemenea, că această substanță ar putea fi produsă prin electroșocuri făcute la animal, apoi izolată și administrată unor subiecți psihotici, prin injecție intramusculară. Alți cercetători au aplicat chiar în practică această metodă, folosind ser homonim de la bolnavii care făcuseră seismoterapie.

Rezultatele fiind discutabile, după apariția neurolepticelor: s-au abandonat aceste studii.

128. **ACROANESTEZIE** (cf. gr. *akros-* și *anaesthesia* „insensibilitate”) ● Diminuare a sensibilității la nivelul extremităților, membrelor, în special pentru durere. Opus ACROESTEZIEI.

129. **ACROASFIXIE CRONICĂ HIPERTROFICĂ** — sin. **ACROCIANOZĂ ELEMENTARĂ**^{sin.} → CASSIER⁽⁸⁾ sindrom.

130. **ACROCEFALIE** (cf. gr. *akros-* și *kephale* „cap”) — sin. **CRÂNE DE THERSIL** și **CRÂNE EN TOUR** și **HIPSICEFALIE** și **HIPSOCEFALIE** și **OXICEFALIE** și **PIRGOCEFALIE** și **TURICEFALIE**^{sin.} → THERSIL⁽⁸⁾ sindrom.

131. **ACROCEFALOPOLISINDACTILIE** —^{sin.} → CARPENTER⁽⁸⁾ sindrom.

132. ACROCEFALOSINDACTILIE → A-
PERT^(S) sindrom.

133. ACROCIANOZĂ (cf. gr. *akros-* și *kya-nos* „albastru”) ● Termen prin care este denumită cianoza rece, persistentă, nedureroasă, a extremităților, asociată cu hipotensiune locală, urmare a unei creșteri a tonusului arteriolar și a dilatării secundare a capilarelor și venulelor, datorate unei dereglări neurovegetative și cedează la acetilcolină.

În psihiatrie, poate fi observată uneori la schizofreni (în special la forma hebefrenică), iar unii autori sînt tentați să o atribuie biotipului astenic.

134. ACROCIANOZĂ ELEMENTARĂ —
sin. ACROASFIXIE CRONICĂ HIPERTRO-
FICĂ → CASSIER^(S) sindrom.

135. ACRODINIE (cf. gr. *akros-* și *odonē* „durere”) — sin. BOALĂ ROZĂ și CHAROON^(B) boală și ERITEM POLINEURITIC și SELTER-SWIFT-FEER^(B) boală și TROFODERMATONEUROZA → ERITEM AUSTRALIAN.

136. ACROESTEZIE (cf. gr. *akros-* și *aisthēsis* „senzație”) ● Creșterea sensibilității la nivelul extremităților membrelor, în special la durere. Opus, ACROANESTEZIE.

137. ACROFOBIE^(F) (cf. gr. *akros-* și *phobos* „frică”) — sin. HIPSOFOBIE^(F) ● Frică excesivă de locuri înalte (înălțime) și se traduce printr-o senzație de vertij. Întilnită în nevroze, unde, de obicei, nu este singulară și nu are semnificație majoră. Nu include frica generată de aparate de zbor. → AEROACROFOBIE, AEROFOBIE.

138. ACROHIPOTERMIE (cf. gr. *akros-* și *hypo* „mai mic” și *thermē* „căldură”) ● Frecvent asociată acrocianozei, se întâlnește la unii bolnavi schizofreni și constă dintr-o răceală ieșită din comun a extremităților.

139. ACROKINEZIE (cf. gr. *akros-* și *kinesis* „mișcare”) ● Termen semiologic prin care este denumită mobilitatea deosebită, atît ca amplitudine, cit și ca rapiditate, a extremităților prezentă în stările de agitație psihomotorie.

140. ACROMACRIE PFAUNDLER^(B) boală — sin. ARAHNODACTILIE și DISMEZECTOPIE LAVAL și DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE și DO-LICOMORFIE și HIPERCONDROPLAZIE ME-
RY-BABONNEIX și MAFAN-ACHARD^(S) sin-
drom și MAFAN-ERB^(S) sindrom → DOLI-
COSTENOMELIE.

141. ACROMANIE (cf. gr. *akros-* și *manīa* „nebulie”) ● Termen care nu se mai utilizează astăzi, semnificînd o afecțiune psihică cronică, incurabilă.

142. ACROMATICE^(B) halucinații (cf. gr. *a-* și *chroma* „culoare”) ● Deși în halucinațiile vizuale accentul nu cade pe culoare, ci pe conținutul halucinator, „forma și scopul reprezentărilor” (H. EY), totuși se pot face diferențieri după nivelul gradului de culoare. Astfel, majoritatea halucinațiilor psihice sînt „acromatice” (spre deosebire de cele psihosenzoriale), fiind adesea caracterizate prin obscuritate și autorii germani le-au descris sub numele de „hell-dunkel Halluzinationen”. Între complexitatea imaginii și culoarea ei există, după J. L. WEST, un raport invers proporțional.

143. ACROMATOPSIE (cf. gr. *a-* și *chroma*) și *opsis* „vedere”) — sin. ACROMATIE (rar) și ANOMALIA DAUBENEY-HUDDART și CECITATE CROMATICA și MONOCROMATISM. ● Tulburare de vedere constînd în imposibilitatea percepției colorate a obiectelor, asociată cu și scăderea acuității vizuale generale (datorită absenței vederii foveale), nistagmus și nictalopie (datorită nefuncționării conurilor retiniene). Acromatopsia poate fi totală, în sens de vedere „monocromatică” (alb/negru) sau parțială discromatopsie sau daltonism), în sens de incapacitate de percepere a unei anumite culori (cecitate pentru roșu — protanopia și cecitate pentru verde — deuteranopia și cecitate pentru albastru și violet — tritanopia) sau de discriminare între tonalități cromatice diferite (aneritrocromatopsia, aneritropsia). Potrivit teoriei JUNG-HELMHOLTZ, formele de acromatopsie se datorează absenței unuia sau a două dintre cele trei procese cromatice responsabile de formarea senzației de lumină. Această afecțiune nu permite exercitarea anumitor profesii și poate ridica probleme de

diagnostic în clinica psihiatrică și în expertiza capacității forței de muncă, în absența unui examen oftalmologic complet.

144. ACROMEGALIE (cf. gr. *akros-?* *megalos* „mare”) — sin. **MACROSOMIE HIPOFIZARĂ ACROMEGALICĂ** ● Afecțiune non-congenitală, de natură endocrină, datorată producerii în exces a hormonului somatotrop hipofizar (STH) de către celulele eozinofile ale hipofizei anterioare (de obicei — adenom hipofizar, mai rar hiperplazie simplă). Excesul hormonal acționează asupra unui organism a cărui creștere osoasă în lungime este terminată, izbucnind brusc între 20—30 ani. Boala a fost descrisă în 1886 de către Pierre MARIE, care a stabilit legătura dintre simptomatologie și leziunea hipofizei. Apariția dereglării hormonale în etapa prepubertară duce la gigantism, după cum apariția la vîrsta adultă duce la acromegalie. Simptomatologia bolii rezultă din:

- efectele excesului de STH: asupra creșterii în lățime a osului; asupra masei musculare, viscerale etc.; asupra metabolismelor;
- efectele mecanice de compresiune, datorate creșterii în volum a adenomului hipofizar;
- efectele dereglării hipotalamo-hipofizare asupra altor funcții endocrine.

Doă aspecte ale simptomatologiei acestei boli sînt importante: primul, al simptomelor neurologice datorate fenomenelor mecanice de compresiune și, celălalt, al modificărilor psihice din cadrul acestei boli — modificări nespecifice, superpozabile în general cu noțiunea de psihosindrom endocrin (M. BLEULER). Datorită fenomenelor de compresiune determinate de volumul adenomului, în formele de adenom (intrahipofizar, intraselar și extraselar) apar constant cefalee, dureri nevralgice, tulburări oculare, fenomene de hipertensiune intracraniană (HIC). Cefaleea (de cauză organică, lezională) este determinată inițial de distensia cortului meningean, care formează plafonul șei turcești. Are un caracter persistent, continuu, cu sediu bitemporal, biparietal, retroorbital sau în vertex. Este rezistentă la medicația analgezică și este însoțită frecvent de fenomene oculare: lăcrimare, fotofobie, fosfene, amauroză. În faza cea mai avansată de evoluție, ruperea cortului selar și expansiunea extraselară a adenomului provoacă fenomene de HIC, cefaleea devenind paroxistică, însoțită de vărsături inercibile, în jet, fără efort, precedate de greață. În această etapă apar frecvent crize comițiale. Durerile

nevralgice, datorate strîmțorii orificiilor de urgență a nervilor cranieni, au caractere specifice nervului afectat: cefalee de tip oftalmic, Arnold, vertebral sau facial etc. Fenomenele oftalmice apar în stadiul de evoluție extraselară a adenomului, datorită comprimării chiasmei optice. Subiectiv se înregistrează fenomene ca: fosfene, amauroză, diminuarea acuității vizuale. Obiectiv, se pun în evidență modificări ale cimpului vizual (aspect specific la campimetrie). Examenul fundului de ochi indică modificări datorate fenomenelor de HIC: atrofii ale nervului optic, decolorare și edem papilar. Ca tulburări psihice se notează, în faza precoce: apatie, lipsă de inițiativă, labilitate afectivă, scăderea performanțelor prosexo-mnezice. În faza tardivă, bolnavul dezvoltă stări reactive față de suferința fizică cronică, constînd în stări depresive cu idei de inutilitate, stări disforice și dismorfofobie. În cazul fenomenelor de HIC pot apare stări confuzionale. Comportamentul sexual este alterat, manifestîndu-se tulburări de dinamică sexuală, libido scăzut, frigidity, dereglări de ciclu menstrual care pot merge pînă la amenoree. Psihoza maniaco-depresivă și schizofrenia par să se asocieze mai rar cu acromegalia și, în cazurile cînd totuși asocierea se produce, personalitatea este grav afectată. Subiecții sînt deseori impulsivi, cu oscilații ale dispoziției, explozii de furie, uneori prezintă somnolență.

145. ACROMICRIE (cf. gr. *akros-?* *mikros* „mic”) ● Termen utilizat de KRETSCHMER și de PENDE pentru a desemna tipul constituțional caracterizat prin talia mică și scurtimea extremităților.

146. ACROMIMIE (cf. gr. *akros-?* *mimikē* „mimică”) — sin. **IDIOTIE FURFURACEE** ^{sin.} **MONGOLISM**; **SEGUIN**^(B) boală → **LANGDON-DOWN**^(S) sindrom. La recomandarea OMS termenul de **MONGOLISM** nu se mai utilizează

147. ACROPARESTEZIE (cf. gr. *akros-?* *para* „alături” *?* *aisthesis* „senzație”) ● Tulburare în sfera sensibilității, cu localizare la nivelul extremităților membrelor superioare sau inferioare, și resimțită de subiect în mod diferit ca înțepătură, amorțeală, furnicătură (însoțită și de acrocianoză, ca în sindromul Schultze); este frecvent acuzată de bolnavii nevrotici (aproape toate formele de neuras-

tenie dar, în special ceno-stopată), dar apare și la cei cu tulburări de tip artrozic vertebro-periferic, medular etc.

148. ACROPARESTEZIE NOCTURNĂ ^{sin.} → PUTNAM-SCHULTZE⁽⁵⁾ sindrom.

149. ACROPATIE (cf. gr. *akros-* și *pathos* „suferință”) ● Termen, cu o arie largă de semnificație, în care sînt cuprinse generic afecțiunile ce interesează extremitățile (acromegalie, acromicrie, acrodinie etc.) și acestea implică atît manifestări psihice de acompaniament al etapei, cit și manifestări care intervin în modelarea personalității subiectului. Termenul însă nu este utilizat, deoarece pentru specialist este prea vag, și nu are nici frecvența necesară pentru a intra în uzul curent.

150. ACT (cf. lat. *actus* „mişcare, activitate” și fr. *acte*) ● Desfășurarea unui proces fizic sau psihic avînd o anumită finalitate și trecerea programată de la o stare inițială către o stare finală, prefigurată de cauzalitatea imanentă a celei dintîi. La nivel biologic (inclusiv în conduita elementară a omului), se întîlesc acte reflexe, predeterminate, instinctual sau condiționate de experiență, care se desfășoară inconștient, automat, asigurînd satisfacerea adaptativă a funcțiilor vitale și evoluția filogenetică a organismelor vii. Existența umană, privită pe coordonatele ei specifice, reprezintă o transformare intenționată, conștientă și premeditată a posibilității în realitate. În această ipostază, actul apare ca acțiune, intervenție a subiectului orientat de prefigurarea mintală a unui scop, în succesiunea spontană a evenimentelor și proceselor naturale, vizînd o anumită schimbare în sfera realului. I se poate conferi și accepțiunea de finalitate a unui proces orientat către un anumit scop: faptul împlinit, ca trecere deplină de la posibil la real, de la intenție la realizare, în cazul conduitei umane. Ambele accepțiuni își au originea în metafizica lui ARISTOTEL, pentru care actul se corelează dialectic cu posibilitatea (disponibilitățile virtuale de devenire ale unei realități), avînd, pe de o parte, înțelesul de trecere de la posibil la real, iar pe de altă parte, desemnînd starea finală a acestui proces. Faptul împlinit reprezintă o epuizare a posibilului prin realizarea acestuia.

O contribuție deosebită la psihogeneza actelor a fost adusă de S. FREUD, J. PIAGET, H. WALLON, P. JANET, care, de pe poziții diferite, au subliniat rolul actelor în activi-

tatea și expresia psihică. De altfel ele preocupă, sub o formă sau alta, pe orice psiholog și psihiatru.

151. ACT COMPULSIV (cf. lat. *actus-* și *compulsus* „îzbire”) COMPULSIUNE.

152. ACT DETURNAT (fr. *acte détourné*) ● Termen întîlnit uneori în limbajul psihanalitic, pentru a desemna transformarea unui act determinat de o impulsie subită, căreia subiectul îi cedează pe moment, într-un alt act cu altă semnificație. Este implicată o inhibiție a impulsiei primare, care se manifestă însă după declanșarea actului motor, astfel încît acesta suferă o corijare și o transformare substanțială, sensul primar nemaiputînd fi recunoscut (exemplu: un copil cedează brusc impulsului de a alerga și a-și îmbrățișa mama și se îndreaptă spre aceasta, dar imediat apare teama de a fi respins și își deviază traiectoria, trecînd pe lîngă mama sa).

153. ACT HABITUAL (fr. *acte habituel*) ● Trăsătură caracterială, manifestată încă din copilărie, exprimată printr-un comportament repetitiv, atît la nivel biologic (propriu organismului), cit și la nivel relațional, prin modul de orientare selectivă spre obiectele din mediu, grijă sau entuziasm excesiv, supra-protejare. Noțiunea confirmă influența pe care mediul socio-cultural o exercită asupra dezvoltării personalității.

154. ACT IMPERATIV (fr. *acte impératif*) ● Act lipsit de intenționalitate proprie, îndeplinit de subiect în virtutea unei coercițiuni reale (necesitate fiziologică) sau imaginar-morbide (gînduri, gesturi, acțiuni, sentimente, care îi sînt impuse din exterior, de forțe ostile → XENOPATIE) și este frecvent întîlnit în psihopatologie, în cadrul sindromului de automatism mintal Clerambault. Cînd apare pe un fundal de depersonalizare și de disociere psihotică, participarea voinței este nulă.

155. ACT IMPERIOS (fr. *acte impérieux*) ● Modalitate de acțiune specifică fenomenului obsesional („obsesie în acțiune”) în care subiectul, deși săvîrșește în mod forțat, împotriva voinței sale, unele gesturi repetitive, stereotipe, luptă, în același timp conștient contra acestei tendințe → COMPULSIUNE.

156. ACT IMPULSIV (fr. *acte impulsif*) ● Descărcare psihomotorie cu debut și sfîrșit brusc exprimînd eliberarea „instinctelor” de sub controlul rațiunii, al cenzurii care, în mod normal, asigură frinarea acestora. Re-

zultatul, pe care subiectul nu-l poate nici anticipa, nici modela, constă din aspecte de auto- sau heteroagresivitate, de o gravitate variabilă.

157. ACT MEDICAL (fr. *acte médical*) ● Act pentru îndeplinirea căruia nu este autorizat decît medicul și/sau personalul medical și este legat de starea de sănătate sau de boală a persoanei sau colectivității.

158. ACT MEDICO-LEGAL (fr. *acte médico-légale*) ● Document care conține rezultatul, în totalitate sau în parte, al unei expertize medico-legale, într-un caz cu implicații judiciare. Actele medico-legale legate de psihiatrie sînt reprezentate mai ales de rezolvarea dilemei responsabil/iresponsabil → IRESPONSABILITATE/RESPONSABILITATE.

159. ACT PATOLOGIC (fr. *acte pathologique*) ● Poate reprezenta prima manifestare ce atrage atenția asupra unei boli psihice, tulburările din plan ideativ sau perceptual fiind încă inaparente sau încă mascate prin posibilitățile de disimulare. În stabilirea diagnosticului psihiatric, studiul actelor bolnavilor constituie un element important. Fiecare act trebuie studiat în funcție de datele externe (condițiile în care s-a desfășurat), de mobilul pe care l-a avut, de antecedentele personale (conduita anterioară, mediul de proveniență, educația) și de datele interne, legate de modul detaliat de desfășurare a actului (spontan, absurd, impulsiv). Aceasta îl ajută pe psihiatru în stabilirea cauzei determinante a actului (idei delirante, halucinații, stări afective particulare, surmenaj). Determinismul actelor patologice îl constituie tulburările psihice, fie acute (bufeu delirant), fie rezultate din decompensări ale unor afecțiuni psihice cronice, în care subiectul are un comportament cvasinormal în perioada dintre pusee. Unele acte patologice pot fi delictuale și sînt efectuate datorită convingerilor delirante ale subiectului, sub îndemnul „vociilor” halucinatorii sau ca o apărare împotriva lor și pot atrage atenția, atunci cînd sînt ilogice, asupra unei stări demențiale, iar cînd apar într-o formă particulară (exemplu: ritualuri), asupra unei personalități psihastenice sau a unei nevroze obsesive.

● *Delirul actelor* — noțiune introdusă de Brierre de BOISMONT, corespunde termenului de „nebulie rațională”, căruia i se va substitui, și se referă la subiecții cu tulburări psihice dar cu capacitate integră de judecată, patologic rezultînd doar din conduita și actele lor și se întîlnește, de obicei, în psihoza maniaco-depresivă.

160. ACT PSIHOLÓGIC (fr. *acte psychologique*) ● Orice manifestare de ordin psihic, cu caracter individual (spre deosebire de actul social) și intențional. Actele psihologice reflectă conținuturi și mecanisme psihologice specifice proceselor sau fenomenelor psihice, pe care le exprimă într-o formă extern-obiectivă (act motor) sau intern-subiectivă (reprezentare, imagine mintală, concept, sentiment etc.).

161. ACT RATAT (fr. *acte manqué*) ● Tulburare accidentală, inconștientă, în care scopul propus nu este atins, prin înlocuirea actului necesar cu un altul care, fără să deformeze intenția, deturneză scopul. Substituirea este accidentală și inconștientă, fără să deformeze intenționalitatea inițială.

În 1904, apare lucrarea lui FREUD „Psihopatologia vieții cotidiene” care cuprinde analiza actului ratat, analiză reluată în „Introducere în psihanaliză” (1916—1917). Actele ratate sînt în această concepție fenomene relativ frecvente, nelegate, însă de o stare morbidă. Au fost încadrate de FREUD în trei categorii :

- lapsusul cu subdiviziunile sale — erori de scris, falsă lectură, falsă audiere și
- uitarea — de nume proprii, obiecte, cuvinte și
- confuzia minoră — pierderea de obiecte, stingăcie.

Actul ratat nu are semnificație patologică — el nu este legat de o stare morbidă — putînd fi observat relativ frecvent și la subiectul sănătos și el este un act psihic cu sens, fiind situat, ca și simptomele formațiunii de compromis, între intenția inconștientă și ceea ce a fost refuzat. Analiza actului ratat pune în evidență o dorință inconștientă a subiectului.

Actul ratat satisface atît o dorință inconștientă cit și o exigență defensivă → ACTING OUT.

162. ACT REFLEX (fr. *acte réflexe*) ● Definiște în mod curent reacția imediată, spontană, motorie sau secretorie, la o modificare a mediului . Este incontestabilă (astăzi) și participarea la răspuns a psihicului, fapt evidențiat în parte deja de FREUD, în lucrarea „Interpretarea viselor”, dar nu suficient de explicit : putem fi în egală măsură martorii unei erori (reducerea psihismului la nivel de reflex, în sensul organizării aparatului psihic după modelul actelor reflexe — ceea ce ar fi prea simplist), dar și ai unei intuiții geniale : anticipări asupra existenței reflexului condiționat (demonstrat abia peste trei decenii), pe care îl include în acte reflexe încă în momentul lansării acestui termen, care îi aparține.

163. ACTE SIMPTOMATICE ȘI ACCIDENTALE ● În concepția lui FREUD reprezentau acte inert conștiente, fără scop determinat, dar având o motivație inconștientă — în prezent, sint neglijate ; atunci când sint analizate, majoritatea autorilor le includ în acte ratate → ACT RATAT.

164. ACT SOCIAL ● Rezultatul unei activități desfășurate în comun, produs al existenței sociale, care are un caracter secundar (în raport cu acțiunea primară de cooperare și comunicare — P. JANET). Presupune stabilirea unui obiectiv (scop) care să servească interesului colectiv, având nu numai o determinare spontană, ci și una condiționată de indicație, recompensă sau reacție (B. K. YOUNG) — ceea ce implică (H. MEAD) luarea unei atitudini.

165. ACT STIMUL PUR ● În condiționarea operantă (așa cum arată C. L. HULL), este un act care, deși nu determină propensiunea organismului către un scop, determină stimulii proprioceptivi să provoace un răspuns operant adecvat.

166. ACT VOLUNTAR ● Voința în acțiune sau atingerea unui scop, pe baza unui plan de acțiune, prin mobilizare și efort voluntar. Este orientat și reglat conștient, pe tot traiectul convertirii intenției-scop în acțiune, implicând planificare (plan de acțiune), selecție și decizie între alternative (de multe ori, contrare) între motive-scopuri și mijloace de acțiune, precum și între corecții și ajustări secvențiale sau retroactive. Un sistem de autoreglare este reprezentat de limbaj, care își exercită acțiunea modelatoare asupra unor acte voluntare de complexitate variabilă, gradul de orientare și control imprimând acestora un caracter „mijlocit” (P. JANET). Prin repetare și automatizare, actul voluntar devine „postvoluntar”.

167. ACTAMOL^(M) S.U.A. — DCI *Mebanazină* ● Antidepresiv timoanaleptic — derivat hidrazinic de tip α -metilbenzilhidrazină, indicat în depresiile inhibitate ; este lipsit de efecte sedative (se recomandă asocierea). Nu se administrează concomitent cu betabloccante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sint, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

168. ACTAZINE^(M) Belgia — DCI *Piperacetazină* ● Neuroleptic sedativ — derivat fenotiazinic de tip 10-/3-/4-(2-hidroxietyl)-1-piperi-

dine/propil/-fenotiazin-2-metil ketonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică și o bună toleranță. Efectele sale sint comparabile cu ale TIORDAZINULUI^(M).

169. ACTÉBRAL^(M) Franța, Portugalia, Spania — DCI *Ciprodenat* ● Psihostimulent — derivat DMAE, de tip 2-(dimetil-amino)etil ciclohexanpropionat, precursor al colinei și acetyl colinei cu acțiune centrală, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, medicina psihosomatică, depresii ușoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale NL și ale anticonvulsivanteilor. Nu se administrează în epilepsie singur, ci numai cu anticonvulsivante (în scopul combaterii efectelor lor secundare).

170. ACTEMIN^(M) Argentina — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat, amină simpatico-mimetică → AMFETAMINE^(DCT)

171. ACTH (ADENOCORTICOTROP-HORMON) ● Hormon secretat de adenohipofiză și implicat în reglarea tuturor etapelor elaborării și secreției de glucocorticoizi suprarenalieni, precum și de 17-cetosteroidi androgeni. Structura sa cuprinde 39 de aminoacizi, prezentînd, din acest punct de vedere, o analogie cu hormonul melanocito-stimulator (MSH), precum și cu endorfinele și enkefalinele.

Secreția de ACTH este discontinuă, sub formă de vîrfuri secretorii, care se succed pe perioada nictemerului, nivelul plasmatic cel mai ridicat fiind cel matinal. Reglarea secreției presupune un control nervos și umoral. Controlul nervos este realizat de hipotalamus, prin intermediul CRF (cortico releasing factor) eliberat în vasele sistemului port-hipofizar. Intervenția diencefalului confirmă — sub influențe nervoase sau prin scăderea concentrației plasmatice de cortizol sau ACTH (feed-back negativ) — rolul sistemului nervos central în reglarea secreției de ACTH și explică, în același timp, intervenția CRF hipotalamic secretat în stările de stress. Insuficiența secreției cortico-suprarenaliană, insuficiența hipotalamo-hipofizară sau răspunsul deficitar al sistemului nervos central la stress se pot evidenția cu ocazia unor agresiuni interne sau externe neurmate de răspuns, caz în care viața bolnavului este în pericol. Toate aceste elemente argumentează conceptul de răspuns neuro-endocrin disociat la stress, răspuns ce asigură adaptarea organismului la necesitățile de moment (POROT). Secreția hipotalamică de CRF este stimulată colinergic și serotoninergic și inhibată de noradrenalină, acid gamaamino

iar pe de altă parte, efectele favorabile ale administrării de ACTH în psihoza maniaco-depresivă, delirium tremens, precum și posibilitatea utilizării cortizolului în terapia psihozelor acute produse de ACTH.

172. ACTING IN (engl. *acting* și *in*, „înăuntru“)

● Exprimarea în act a unor dorințe refulate în inconștient în cadrul ședințelor analitice, când unele cuvinte sînt substituite brusc prin altele sau, cel mai frecvent, prin gesturi și impresii. ROSEN se referă prin acest termen la trecerile la act ale psihoticului — „in“, în opoziție cu „out“, semnificînd aici lumea interioară a delirului, ruptă de realitatea și logica curentă.

173. ACTING OUT (engl. *acting* și *out*, „în afară“) ● În psihanaliză termenul desemnează acele acțiuni, de obicei impulsive, rupte de motivațiile habituale, și care pot lua o formă auto- sau heteroagresivă. Prin acting out se exprimă și se eliberează un conținut refulat. Când fenomenul apare în timpul unei psihanalitice (în cursul unei ședințe sau în afara ședințelor), el trebuie explicat și înțeles în legătură cu transferul.

În comentariul lor asupra expresiei acting out. J.B. PONTALIS și J. LAPLANCHE, aduc în discuție definiția termenului așa cum este dată în „Dicționarul general de termeni psihologici și psihanalitici“: „Manifestare, într-o situație nouă, a unui comportament intențional, legat, de fapt, de o situație veche, situația nouă reprezentînd-o, simbolic, pe cea veche. Transferul este o formă de acting out“. Această definiție vine în opoziție cu sensul general al termenului, intrucît acting out (în sens general) ar însemna o tentativă de ruptură a transferului, deci a relației analitice. În același comentariu J. LAPLANCHE și J.B. PONTALIS afirmă: din punct de vedere lingvistic, în expresia englezească acting out, verbul (to act) trimite la verbul „a juca“ (o piesă sau un rol), iar particula (postpoziția out) implică exteriorizarea și finalizarea imediată a ceea ce există în interior, în sine. În mod greșit unii psihanalisti au opus acting out cu acting in, înțelegînd prin prima expresie acțiunea/actul subiectului în afara ședințelor analitice, iar prin a doua, expresia aceluiași act în cadrul ședințelor. Echivalentul francez pentru acting out ar fi „trecere la act“ (passage à l'acte), deși în clinica psihiatrică expresia s-a consacrat în special pentru acte impulsive, agresive, delictuale.

Din punct de vedere descriptiv, acting out acoperă o serie largă de acțiuni, caracteristica lor esențială și comună fiind aceea de impulsivi-

tate, de lipsa unei motivații conștiente (subiectul nu își explică actul), de ruptură cu manifestările și acțiunile obișnuite și această caracteristică trimite la ceea ce psihanaliza numește „reîntoarcerea conținutului refulat“ (le retour du refoulé). Discuțiile psihanalistilor asupra expresiei acting out au vizat și delimitarea conceptului de altele înrudite, cum ar fi: actul ratat (acte manqué) și fenomenele repetitive. Deosebirea constă în faptul că actul ratat (la fel de izolat și de inexplicabil pentru subiect, considerat o simplă greșeală ne semnificativă) este, în esență, un compromis (el satisface dorința inconștientă și exigențele defensive deopotrivă) și în fenomenele de repetiție, conținutul refulat se manifestă în forme și experiențe fidele unui singur scenariu, al cărui prototip este inconștient pentru subiect.

FREUD nu diferențiază, în relația de transfer, foarte exact fenomenele de repetiție și cele de tip acting out. El consideră însă că ar fi preferabil ca subiectul să aibă reacții de trecere la act în cadrul ședințelor, și sub controlul și interpretarea analistului, intrucît trecerile la act în afara ședințelor sînt mai greu de conștientizat, mai ales în ceea ce privește caracterul lor repetitiv.

174. ACTING OUT (COPIL) — sin. COREE MINTALĂ (Demoor — 1901) ; HIPERACTIV COPIL și HIPERKINETIC IMPULSIV^(S) sindrom și HIPERKINETIC^(S) sindrom (Eisenberg — 1957) și INSTABIL COPIL (Abramson — 1940) și SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINIMAL (Gesell, Amatruda — 1949) și TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI și TURBULENT COPIL (Wallon — 1925) sin
→ DISFUNCTIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM).

175. ACTIPHAN^(M) Japonia — DCI *Fenpropamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anti-convulsivante. Efecte secundare practic nule, de o bună toleranță.

176. ACTIV (cf. lat. *activus*) ● Poate fi utilizat în mai multe sensuri:

● *Caracter activ* (opus, pasiv) se referă la un individ dispunînd de mari resurse energetice, permanent în acțiune, vioi, optimist, dibace, îndemnat, receptiv la nou, frecvent dotat cu o inteligență practică, perseverent în acțiune și cu dorință cvasipermanentă de a obține rezultate, capabil să-și mobilizeze facil rezervele (chiar cînd este vorba de acțiuni im-

puse din afară) sau să și le recupereze — tipul „tot timpul ocupat”. Termen introdus în caracterologie de școala franco-olandeză (având ca reprezentanți pe HEYMANS și WIERSMA, René la SENNE, Gaston BERGER, André le GALL, Roger MUCCHIELLI), desemnând cantitatea potențială de forțe fizice mobilizată fără efort, asociată cu rezistența la oboseală și cu viteza recuperării ei, cu trebuința de realizare și randament continuu în activități impuse (infatigabilitate, vigoare, robustețe fizică, gust pentru acțiune, mobilizare energetică facilă). HEYMANS și WIERSMA au elaborat un chestionar caracterologic (completat ulterior de G. BERGER și R. MUCCHIELLI): pornind de la trei dimensiuni fundamentale emotivitatea (E), activitatea (A) și tipul de rezonanță intimă sau repercurșivitate (de tip primar — P sau secundar — S) și din combinația lor au rezultat opt tipuri caracteriale, din care patru sînt „active”: nervoșii (E.n.A.P.), sentimentalii (E.n.A.S.), colericii (E.A.P.), pasionalii (E.A.S.), sanguinii (nE.A.P.), flegmaticii (nE.A.S.), amorfii (nE.n.A.P.) și apatici (nE.n.A.S.).

● *Delir activ* (BENOIT) → ACTIV^(D) delir.

● *Școală activă* — curent pedagogic apărut la începutul secolului al XX-lea (DECROLY, DEWEY, LOCKE), fondat pe principiile unei educații funcționale, constînd în respectarea intereselor intelectuale ale copilului și dezvoltarea lor. Metodele de bază, cu acest scop, sînt: activitățile practice, lecțiile organizate pe „centre de interes” și în aer liber, utilizînd cel mai frecvent, material didactic fabricat de copii (planșe, hărți, ierbare etc.), imbinarea muncii libere în grup cu studiul individual pe bază de fișe ghidate și controlate de profesori, reunirea elevilor în mici comunități școlare care se autoadministrează etc. Această mișcare pedagogică a provocat mari proteste în rîndul reprezentanților școlii și metodelor tradiționale (cantonate pe învățarea mecanică și solicitarea în exces a memoriei, îngrădirea libertății de gîndire și acțiune a elevului, metode de autoritate, rigiditatea programei și a orarului etc.).

● *Psihoterapia activă* — metodă psihoterapeutică elaborată de A. HERZBERG (1945), care constă în antrenarea subiectului într-o serie de activități a căror dificultate este gradată și controlată. Se urmărește modificarea treptată a comportamentului nevrotic, începînd cu manifestările mai puțin grave sau deranjante, și terminînd cu rezolvarea problemelor mai profunde. La început, sarcinile terapeutice pe care trebuie să le realizeze subiectul sînt astfel alese încît să nu-i declanșeze acestuia

stări de anxietate sau rezistență. Îndeplinirea cu succes a primelor activități întărește convingerea subiectului că starea sa nevrotică poate fi depășită și-l face accesibil pentru abordarea unor conflicte mai profunde.

● *Terapia activă* (engl. active therapy) — formă particulară de psihoterapie, propusă de Sandor FERENCZI sub titlul de „psihanaliză activă”. Tehnica lui FERENCZI se referă la intervențiile permissive și restrictive ale analistului asupra subiectului (în afara curei analitice se interzice orice satisfacere „din plăcere” a unei trebuințe libidinale, alimentare etc.), atitudine foarte criticată de psihanalistii ortodocși (ulterior va renunța și FERENCZI, întrucît încalcă principiul „neutralității analistului”, augmentînd la subiect, imaginea părintelui punitiv.

177. **ACTIV^(D) delir** (cf. lat. *activus* & *delirium* „nebuție”) ● Descrierea semiologică îi aparține lui BENOIT. Se caracterizează prin convingerea nezdruncinată — impenetrabilă la contraargumente logice sau la dovezi obiective ale realității — a subiectului că este vinovat de mari erori, pe care le-ar fi comis și că este necesar să fie pedepsit cit mai aspru. Delirul se dezvoltă pe fondul unui sindrom depresiv major. Constituie o formă particulară a delirului de autoacuzare, în sensul că interpretarea delirantă cuprinde toate evenimentele zilei respective, considerate drept dovezi ale „vinovăției” subiectului. Comportamentul acestuia este grav perturbat, existînd frecvent riscul suicidului, întreaga imagine despre lume a celui în cauză fiind deformată în sens depresiv.

178. **ACTIV tip de personalitate** ● În tipologia lui Th. RIBOT, trăsătura dominantă a acestui tip de personalitate, este tendința naturală și neîncetată spre acțiune, bazată pe un bogat fond de energie nervoasă. Activii sînt optimiști, veseli, întreprinzători, îndrăzneți. Ei se divid în două categorii:

● *Activii mediocri* — sînt niște „mașini solide”, bine înzestrați cu forță vie și energie potențială, avînd însă nivel intelectual mediocru. Activismul lor este ineficient: își consumă energia fără posibilități de concretizare, se risipesc în du-te-vino, își oferă serviciile, dar acțiunile lor sînt dispersate. Acestui tip îi aparțin toți acei care dispun de un bogat fond de energie fizică, împreună cu nevoia de a o cheltui și ei înțeleg viața ca pe o aventură fără alt scop decît acela de a activa, preocupăți permanent să termine ceva pentru a o lua de la început.

- *Marii activi* — pe un fond robust este care grefată o inteligență puternică, pătrunzătoare, suplă, rafinată, fără scrupule. Au un activism bogat, eficient, valoros.

179. **ACTIV-PASIV** ● Cuplu de opozite care marchează fundamental viața psihică.

Este opoziția primară care se va integra ulterior în alte cupluri de opozite. Psihanaliza consideră că opozitele activ-pasiv caracterizează diferențele modalității ale vieții pulsionale.

Polarizarea activă apare la persoanele care caută obiectele gratificării trebuințelor lor. Pasivitatea constă în dorința de a avea pe altul alături, de care sau prin intermediul căruia subiectul să-și gratifice propriile nevoi instinctuale → PERSONALITATEA PASIV-AGRESIVĂ, PASIV-DEPENDENȚĂ. Evoluția de la pasivitate spre activitate este parcursă, conform psihanalizei, de copilul care învață să îndeplinească singur acțiunile, care anterior i-au fost îndeplinite de adulți.

180. **ACTIVAR^(M)** Coreea — DCI *Pemolină*

● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, practic fără efecte simpaticomimetice și are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

181. **ACTIVARE** ● Procedeu, tehnică sau metodă, simplă sau complexă, care conduce la creșterea eficienței activității sau acționează ca stimulator asupra calităților latente existente, în scopul punerii lor în valoare sau al grăbirii unor acțiuni (operații). Termenul se utilizează și în sensul de stimulare a unui organ sau sistem de către altul, stimularea ca atare fiind o noțiune rezervată influențelor provenite din exteriorul organismului.

182. **ACTIVARE A ÎNVĂȚĂRII** → **ACTIV** — Școală activă.

183. **ACTIVARE NESPECIFICĂ** ● Fenomen de mărire a excitabilității generale a sistemului nervos central într-un timp foarte scurt, prin intermediul sistemului activator al substanței reticulate, antrenând consecutiv o creștere a gradului vigilenței. Acreditarea termenului de nivel de activare este discutabilă, deoarece acesta reflectă mai degrabă atingerea unei cote mai înalte a activității neurofiziologice în sine, decît o corelație cu posibila creștere a vigilenței.

184. **ACTIVĂRI ÎN ELECTROENCEFALOGRAFIE** ● Metode avînd ca scop facilitarea declanșării într-un timp limitat a unor anomalii care nu se înregistrează spontan în cursul unor

examinări EEG standard. Metoda activării se bazează pe creșterea reactivității creierului, fie prin scăderea pragului de excitabilitate, fie prin creșterea excitabilității neuronale. Activările reușite să pună în evidență focarul sau focarele epileptogene rămase uneori mute pînă în momentul respectiv.

Dintre metodele activatoare, pot fi enumerate):

- hiperpneea — cea mai utilizată dintre activări, folosită prima oară de FOERSTER ;
- stimularea luminoasă intermitentă (SLI) introdusă în practică de ADRIAN și MATHEWS ;
- reactivările senzoriale (vestibulară, olfactivă, auditivă, interceptivă etc.), folosite mai rar, de exemplu, în epilepsia „muzicogenă” ;
- activările medicamentoase — folosesc două grupe de substanțe : §— stimulatorii și cardiazol, bemergid, megimid, imipramină ;
— hipnotice (plecînd de la ideea că somnul fiziologic este un activator al epilepsiei) : cloralhidrat, amital, pentotal, brom, epontal, baytinal ;
- deprivarea de somn (26—30 ore) ;
- metode combinate : deprivare-fotostimulare, hiperventilație, cardiazol și SLI.

Toate aceste metode de activare trebuie folosite nuanțat de către clinician, în funcție de o serie de parametri, cum ar fi : vîrsta, starea clinică, leziunea presupusă, bolile asociate. Metodele activatorii sînt în general lipsite de efecte adverse, activarea fiind, după POPOVICIU, „pasageră și nedăunătoare”.

185. **ACTIVITATE** (cf. lat. *activitas*) ● Termen polisemantic care desemnează generic orice manifestare de forță sau de energie (fizică, chimică, musculară, neuropsihică etc.). Raportată la om, cunoaște cel puțin două accepțiuni :

- Modalitate specifică de relaționare organism-mediul, cu dublă funcție — adaptativă și transformatoare (în raport cu realitatea externă) și interacțiune sau schimb energetic și informațional (substanțial și funcțional) între om și mediul, cu finalitate adaptativă.
- Formă fundamentală de existență a psihicului, de manifestare și afirmare a personalității umane (sub raport istoric și ontogenetic), ansamblu al manifestărilor psihocomportamentale cu caracter deliberat și conștient.

Specificul activității psihice umane ete conștient nu de adîncia cantitativă a unor procese

și funcții psihice particulare, ci de maniera lor ierarhică și dinamică (sincronică și dia-cronică) de articulare și integrare. Activitatea psihică implică o finalitate (scop) izvorâtă dintr-o motivație personală sau dintr-una supraordonată (socială), între motiv și scop existind o coincidență, precum și mijloace (acțiuni, operații, acte) de transpunere sau obiectivare a intenționalității (sarcină).

Taxonomic, se pot distinge mai multe criterii de clasificare a activității :

- În psihologia generală, după procesul sau funcția psihică implicată cu predominanță : activitate senzorială, perceptivă, cognitivă, afectivă, volitivă etc.
- În psihologia socială : activitate individuală, principala sau secundară ; activitate socială care, după natura produsului, poate fi predominant materială sau spirituală.
- În psihologia genetică sau după natura motivelor și scopurilor : activitate de joc, de învățare, de muncă, de creație.
- În psihoneurofiziologie : activitate musculară (dinamică și statică, pozitivă și negativă) ; activitate nervoasă superioară (ANS).
- În psihopatologie, unde toate afecțiunile psihice se însoțesc de modificări în grade diferite ale activității generale, problema activității poate fi abordată după criteriile forței, ritmului și eficacității manifestărilor psihomotorii ale subiectului :
 - forța sau potențialul dinamic poate suferi variații interindividuale (indivizi hipostenici sau hipostenici) și intraindividuale, adică la același subiect, în diverse momente (de la pasivitate și stupoare, la exuberanță și activitate) ;
 - ritmul — comportă variații care pot fi : intermitente (manie, melancolie), periodice, succesive (ciclotimie), intricate (stări mixte) ;
 - eficacitatea — se referă la caracterul coerent, adaptat țelului, al activității generale.
- Psihanalitic, se consideră (FREUD) că, prin natura lor, pulsunile sînt active, pasivitatea fiind o caracteristică a scopului sau obiectului lor. Același punct de vedere este susținut de HEIDELBERG care definește activitatea ca fiind proprie manifestării pulsionale.

186. ACTIVITATE ANTISOCIALĂ MASCATĂ ● KARDINER denușește astfel anumite activități care sînt rezultatul unui com-

portament cu nuanță antisocială mascată, prin faptul că se bazează pe motivații care sînt în mod convențional aprobate de societate. În concepția sa, competitivitatea este admisă ca un mod normal de manifestare a afirmării de sine, guvernată de Supraeu, dar se menționează și existența unor forme nevrotice ale nevoii de afirmare. Aceste forme pot fi rezultatul unor mecanisme cu rol de compensare a sentimentelor de inferioritate sau insecuritate.

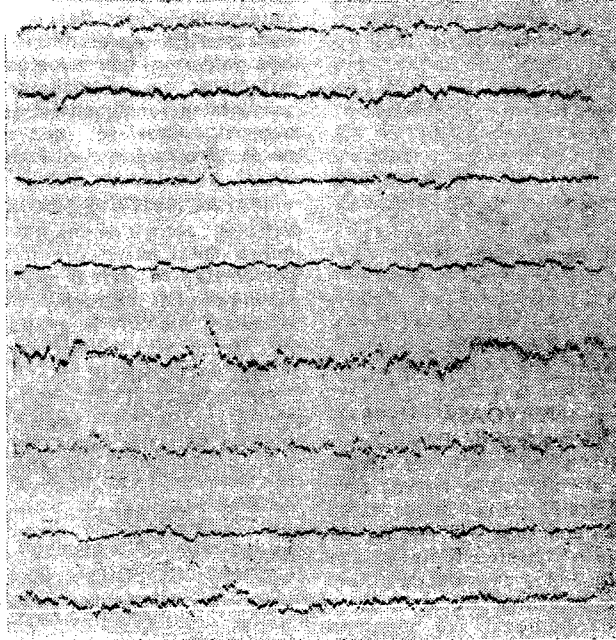
187. ACTIVITATE DE GRUP ● Activitatea la care participă mai mulți indivizi. Este practică în terapia ocupațională a diferitelor categorii de bolnavi psihici în perspectiva socializării lor, a reintegrării într-o existență socială.

188. ACTIVITATE EEG ● Orice succesiune de unde — de origine cerebrală — cu o amplitudine, morfologie și frecvență de același fel, înregistrată pe electroencefalogramă. Cele mai semnificative activități EEG sînt ritmurile principale (α , β , θ , Δ) și ritmurile secundare. În EEG se mai utilizează, legat de activitate, și alți termeni :

- activitate bazală (EEG) : activitate electrică a părții inferioare (bazale) a creierului, culeasă direct prin electrozi introduși în fosele nazale sau prin conductele auditive ;
- activitate difuză (EEG) : activitate electrică ce apare, mai mult sau mai puțin simultan (nu neapărat sincronă), pe suprafețe mari, fără o localizare constantă ;
- activitate de fond (EEG) : activitate electrică cu aspect de continuitate sau generalizare (nu este obligatoriu să fie de tip α), în contrast cu grafoelementele de aspect focal, paroxistic, izolate sau chiar grupate ;
- activitate lentă (EEG) : activitate electrică cu o durată mai mare de 1/8 s — cuprinde ritmurile θ (4—7 c/s) și Δ (0,5—3,5 c/s) — în general cu semnificație patologică la adultul în stare de veghe ;
- activitate paroxistică (EEG) : activitate electrică sub formă de unde izolate sau în salve, cu apariție și dispariție bruscă, ce se deosebește net de activitatea de fond prin : morfologie, frecvență, amplitudine. De obicei (dar nu obligatoriu) are o semnificație patologică ;
- activitate rapidă (EEG) : activitate electrică de tip β și frecvență peste 12 c/s și amplitudine mai mică decît a celei α și mai puțin regulată. Acest tip de activi-

tate poate fi indus și medicamentos (barbiturice), aspectul fiind de fusuri scurte, ușor de recunoscut. În cazul unei activități rapide, ample, cu apariție paroxistică, semnificația este cert patologică.

190. **ACTIVITATE LUDICĂ** (cf. lat. *activitas* ; *ludus* „joc”) ● Tip de activitate caracterizat prin lipsa unui scop pragmatic, avînd ca singur țel plăcerea, divertismentul. Constă dintr-o anumită relație cu obiectele, generată de imaginație și de impulsuni necenzurate



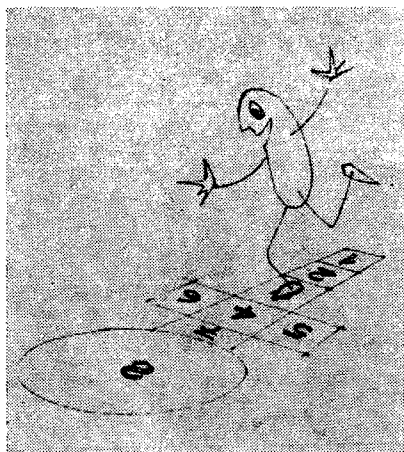
De asemenea se mai poate întîlni activitate μ , activitate Σ , activitate π , toate cu referință la ritmurile secundare EEG.

189. **ACTIVITATE GRADATĂ** ● Caracteristică a activității fizice și psihice a subiectului, în cadrul terapiei ocupaționale din planul de recuperare instituit de medicul psihiatru, constînd dintr-o solicitare treptată psiho-fizică, în corelație cu afecțiunea psihică respectivă și cu stadiul de remisie în care se află bolnavul. Inițial, această tehnică a fost aplicată de HERZBERG (1945) în cadrul psihoterapiei active. Ulterior a fost preluată de BECK (1976) și inclusă în sistemul său cognitiv-comportamental de terapie a depresiei. Există o relație direct proporțională, pe parcursul efectuării activității, între ameliorarea performanțelor fizice și psihice și creșterea complexității elementelor componente ale respectivei activități.

libere de orice pragmatism. Este o activitate specifică prin care copilul își exprimă ideile, stările afective, pulsuniile. Pe măsură ce crește, copilul își diminuează activitatea ludică, adaptînd-o treptat unor situații reale, activitatea devenind pragmatică, disciplinată de logică.

În psihopatologie calificativul ludic se păstrează pentru a caracteriza activitatea care seamănă cu jocul copilului, dar este neadecvată momentului, locului și vârstei subiectului. Mecanismele psihopatologice sînt multiple (POROT): intîrziere în maturizarea psihică (oligofrenie), structură dizarmonică de personalitate (isterie, hipertimie), disociație a personalității (schizofrenie), deteriorare psihică globală (presbiofrenie). Ca exemple de activitate ludică patologică pot fi citate manierismul debililor mintal (puerilismul), enormitatea anteziilor din paralizia generală, sărăcirea puerilă din demență. Activitatea ludică specifică se întîlnește în sindromul maniacoal

unde sentimentele, cuvintele, gesturile, mi-mica reprezintă componente ale unui joc propriu, personal și original. → LUDIC.



191. ACTIVITATE NERVOASĂ SUPERIOARĂ (ANS) ● Termen creat de PAVLOV în 1912, prin care acesta se referea la activitatea etajelor superioare ale sistemului nervos central (emisferile cerebrale), cu rol în adaptarea de finețe a organismului uman la mediul de viață. Funcțiile „psihice” specifice ființei umane constituie rezultanta ANS, ca mod de interacțiune specifică cu ambianța. Pornind de la metoda reflexului condiționat (ca fenomen psihofiziologic comun animalelor și omului), savantul rus aduce o contribuție originală și foarte valoroasă la studiul activității cortico-subcorticale și el postulează încă de pe atunci apartenența instinctelor (a reflexelor necondiționate, elementare) la etajul subcortical, iar cea a reflexelor dobândite prin condiționare la cortex, existind deci „două aparate centrale diferite: aparatul de conducere directă a impulsului nervos și aparatul de conectare și deconectare a circuitului”. Analiza și sinteza sînt două activități simultane, fără de care legăturile temporare între stimuli proveniți din mediul intern sau extern și diferitele niveluri funcționale ale organismului, cu proiectarea pe scoartă a fiecărui analizator în parte, nu se pot realiza. Modalitățile de abordare științifică a ANS presupun cunoașterea celor trei principii elaborate de PAVLOV.

- determinismul (obiectivitatea și relația cauzală ce caracterizează procesele neurofiziologice) ;
- structuralitatea (legăturile dintre structurile și funcțiile cerebrale) ;
- unitatea dintre analiză și sinteză.

În lumina teoriei sale, savantul rus a încercat să ofere o explicație privind fenomenele de veghe și somn, hipnoză, catalepsie, anumite stări paradoxale, fenomenul obsesional și tulburările psihomotorii de tipul instabilității. Toate acestea depind, după opinia sa, de neurodinamica proceselor de excitație-inhibiție ale unui anumit focar de pe scoartă. Importanța cunoașterii și aprofundării ANS are o deosebită valoare și pentru studiul reflexelor și a sistemelor de semnalizare, care reprezintă „activitatea fundamentală și cea mai generală a marilor emisfere”, cea care permite fuziunea proceselor fiziologice și psihologice.

192. ACTIVITATE SOCIALIZANTĂ (cf. lat. *activitas* ; *sociare* „a uni, a asocia”) ● Este denumirea dată activității cu ajutorul căreia se urmărește, în cadrul grupurilor terapeutice, stabilirea unei interrelații optime între individ și ceilalți membri ai grupului.

193. ACTOMIMIE sin. DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MINTALĂ și DOWN^(B) boală și IDIOTIE FURFURACEE SEGUIN și IDIOTIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM și SEGUIN^(B) boală și TRISOMIA

21 sin. LANGDON — DOWN^(B) boală. La indicația OMS termenii : DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOTIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM se recomandă a nu mai fi utilizați.

194. ACTOMOL^(M) Anglia — DCI *Mebanazină*

● Antidepresiv timoanaleptic — derivat hidrazinic de tip α -metilbenzilhidrazină, indicat în depresiile inhibitate și este lipsit de efecte sedative (se recomandă o asociere corespunzătoare). Nu se administrează concomitent cu beta-blocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

195. ACTOZINE^(M) Canada — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant — derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilol, cu acțiune ansiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Trebuie menționate acțiunea sa preconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

196. **ACTUALIZARE** (cf. lat. *actus* ? fr. *actualiser*) ● În sens larg, acțiune de trecere din stare virtuală sau potențial-latentă în stare manifestă sau activă. În psihologie, actualizarea se referă deopotrivă la motivație, afectivitate, scheme operaționale și deprinderi, cit și la unul din subprocesele memoriei, (re)actualizarea prin reproducere și recunoaștere. Trebuințele umane, ca stări de necesitate ale organismului, ce îndeplinesc concomitent funcții energetice și informațional-reglatorii, persistă în cea mai mare măsură (după satisfacere) într-o formă latentă (potențială) și devin active, ciclic sau circumstanțial. H. MURRAY, care a stabilit una dintre cele mai reușite clasificări ale trebuințelor (inventar cuprinzând 20 de trebuințe fundamentale grupate în patru categorii : viscerogenice și psihogenice, manifeste și latente, focalizate și difuze, proiective și reactive) arată că, de regulă, se actualizează concomitent mai multe trebuințe, care tind, în funcție de stimulii declanșatori, să se unifice într-o structură înglobată, definită ca presiune. Tot așa, motivele tind să se actualizeze în anumite împrejurări, devenind surse de acțiune, cu rol homeostazic sau de dezvoltare. Gîndirea, în ambele ei ipostaze, de gîndire reproductivă și gîndire productivă sau creatoare, funcționează pe baza actualizărilor permanente și reversibile de scheme sau operații mintale, ce fac posibilă înțelegerea sau rezolvarea de probleme. Orice activitate umană conține componente automatizate, cu rol facilitator și economic, de tipul deprinderilor. În funcție de specificul sau de complexitatea acțiunii propuse, se vor reactiva acele deprinderi sau modele de acțiune automatizate care, să asigure conștiinței marja de siguranță sau cimpul disponibil, necesar realizării acțiunii în cele mai bune condiții. Din seria atitudinilor creative, autorealizarea presupune, după C. ROGERS, actualizare de sine (a-și conferi sieși actualitate în lume), în sensul obiectivării pulsionilor specifice ale Eului, a intențiilor și proiectelor sale. Referitor la memorie, evaluată de SECENOV ca „piatră unghiulară” a sistemului psihic uman, actualizarea desemnează readucerea în conștiință, în anumite condiții, a experienței și faptelor petrecute, sub forma recunoașterilor și evocărilor (reproducerilor). Actualizarea se realizează în prezența obiectului, în primul caz și în absența obiectului, prin reconstrucție, ajustări și metamorfoze, în al doilea caz. Deosebirea dintre reproducere și recunoaștere este calitativă. În timp ce recunoașterea se realizează, de regulă, involuntar și în prezența modelului

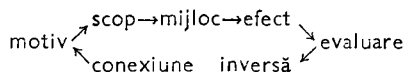
(efectuindu-se de 2—3 ori mai ușor decît reproducerea, după cercetările lui ACHILLES), reproducerea necesită frecvent decizii și efort voluntar (factura intelectuală a memoriei reproductivă fiind de necontestat), efectuindu-se în absența modelului. Această distincție calitativă a fost confirmată atît de studiile de psihologie animală, cit și de neurofiziologia modernă. În cazurile de afectare a arilor prefrontale, amintirea intenționată și coordonarea amintirilor devin, după ZEIGARNIK și LURIA — 1963, dificile sau chiar imposibile, recunoașterile simple funcționînd normal. De menționat că, în cazul dificultăților de recunoaștere de tipul iluziilor mnezice, căutările discursive și eforturile depuse de subiect tîm de amintire și nu de recunoașterea propriu-zisă. Falsa recunoaștere (WIGMAN) de tip „dêjà vu”, „dêjà connu”, „dêjà vécu” constă în impresia subiectului că o persoană, situație etc. a fost cunoscută anterior de el, cînd, în realitate, perceperea lor prealabilă era imposibilă. În falsa recunoaștere (DROMAND și LEVASSORT) de tip „jamais-vu”, „jamais vécu”, subiectul nu recunoaște în nici un fel ceva ce a fost văzut și cunoscut de el anterior, în repetate rînduri, și contestă faptul că ar face parte din experiența lui. Este vorba de o imposibilitate de integrare a actualului în trecut. Între acești poli se situează recunoașterea incertă, cauzată în general de prezența unui context diferit și deci nefamiliar, în care obiectul a fost anterior cunoscut.

197. **ACTYL^(M)** Japonia — DCI *Ectiluree* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip *cis*-(2-etil-crotonil)uree, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și în medicina psihosomatică. Efecte secundare practice absente, de o bună toleranță.

198. **ACȚIONA** (cf. lat. *actio* „acțiune”) ● Distincția între a acționa voluntar și a acționa involuntar ar permite fundamentarea psihologică și morală a unei filozofii a libertății. În psihanaliză, problema legată de această noțiune se pune în funcție de tăcere și comunicare (verbalizarea conflictului inconștient), în raport cu expresia motorie a tensiunilor interne, după determinismul fantasmelor și din perspectiva unei elaborări a acțiunii în funcție de cunoașterea de către subiect a propriului inconștient (el decide și alege în cunoștință de cauză).

199. **ACȚIUNE** (cf. lat. *actio*) ● Modalitate de intervenție, constînd dintr-un singur act (operație) sau dintr-un sistem de acte (sistem

de operații), asupra ordinii fenomenelor din natură, societate sau ideative, în scopul utilizării acestora. Fiind o relație care se află sub controlul conștiinței (prin existența scopului) subiectul acțiunii sau agentul își adecvează obiectul, îl transformă din obiect în sine în obiect pentru sine, proiectîndu-și cognitiv (explicativ și previzional) și făcînd un demers teleologic (alegerea scopurilor). Se deosebește de activitate prin raportarea permanentă la o sarcină circumscrisă temporo-spațial și prin necoincidența între motiv și scop; se aseamănă cu ea prin aceeași motivație care o generează :



Acțiunea umană este supusă unui complex factorial : motivațional-homologic (explicații și previziuni), psihologic, teleologic, axiologic, strategic (programe, planuri), situațional (condiții, norme, mijloace), operațional (decizie, conducere, comandă), executiv (efectuare), valorizator (umanizarea produsului rezultat). Perfecta armonizare între motivațiile și realizarea satisfacerii nevoilor materiale și spirituale ale omului este posibilă numai în condițiile unei corelații funcționale a verigilor de mai sus. Privită din punct de vedere psihologic, acțiunea se găsește la intersecția vectorilor necesității interne (subiective) și ai necesității externe (obiective), putîndu-se astfel delimita : acțiunea mintală (în plan intern) și motorie (în plan extern) și simplă (conține un număr mic de secvențe) și complexă (conține un număr mare de relații) și primară, în care predomină primul sistem de semnalizare și secundară, în care predomină al doilea sistem de semnalizare.

200. ACȚIUNE AMINATĂ ● În psihanaliză, noțiunea se folosește pentru unele experiențe prezente, care declanșează reactivarea unei experiențe primare cu o anumită semnificație. Este cazul copilului care, surprinzînd din întâmplare actul sexual al părinților, fără a-i cunoaște semnificația, va avea mai târziu această revelație cu ocazia anumitor experiențe proprii. Acțiunea amînată s-ar raporta, în concepția lui FREUD, la complexul de castrare.

201. ACȚIUNE BINEFĂCĂTOARE^(P) delir Încredere nezdruncinată, impenetrabilă la contraargumente logice, avînd drept conținut convingerea că subiectul este protejat, călăuzit, ajutat în tot ceea ce face, de forțe sau ființe supranaturale. Aceste idei modifică imaginea

subiectului despre sine și despre lume, avînd, cel mai adesea, un conținut mistic. Spre deosebire de credințe, pe care și le poate manifesta orice om normal psihic, aceste idei delirante au un caracter absurd, incredibil, delfirînd uneori foarte mult, prin originalitatea lor, de dogmele religioase cunoscute. Se întîlnesc mai frecvent în delirurile cronice sistematizate și în schizofrenie.

202. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (D.A.H) — sin. ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE ; STILLE-HARTSHORNE^(S) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPO-TALAMO-ORGANICE ^{sin.} → D'ACOSTA^(S) sindrom.

203. ACȚIUNE EXTERIOARĂ^(S) sindrom ● Descris de H. CLAUDE în 1924 ^{sin.} → AUTOMATISM MINTAL^(S) semn.

204. ACȚIUNE MATERIALĂ ● Latură experimentală sau aplicativă a oricărei forme de activitate și intervenție efectivă, conștientă și mijlocită instrumental cu obiectele. Activitatea materială a oamenilor, de transformare conștientă a realității naturale și sociale, în raport cu scopurile lor individuale și colective, desemnează în limbaj filozofic, praxisul. În genere, toate acțiunile care contribuie la crearea unei ambiante naturale și sociale adecvate, deci care se concretizează sau obiectivează în produse materiale și spirituale, circumscriu sfera acțiunilor materiale. În particular, în ce privește procesul instructiv-educativ, acțiunea materială se referă la orice manipulare de obiecte sau operare efectivă cu lucruri din dublă perspectivă (cele două laturi ale învățării), de asimilare informațională și de formare (prin exersare) de noi operații și deprinderi. În învățarea pe baza acțiunii materiale, se utilizează materiale didactice concret-figurative dintre cele mai variate : insectare, ierbare, hărți, scheme, machete, planșe, instrumente, modele, mulaje etc., menite să evidențieze însușirile generale și esențiale ale obiectelor reale. Organizarea procesului instructiv sub forma lecțiilor aplicative, de laborator sau în ateliere-școală, se bazează pe același mecanism al acțiunii materiale. Cînd se operează cu imagini ale obiectelor (simboluri, formule etc.), acțiunea se numește materializată. În

geneza inteligenței, acțiunea materială reprezintă un punct de plecare și „instrument” de constituire a operațiilor intelectuale prin interiorizare → INTERIORIZARE.

205. ACȚIUNE MINTALĂ ● Servomecanism al gândirii dotat cu reversibilitate, rezultat din interiorizarea prin generalizare-comprimare și automatizare a acțiunii materiale sau materializate și avind ca specific o structură simbolico-semantică (se exercită în planul limbajului intern, subordonându-se legităților acestuia). P. A. GALPERIN și colaboratorii, în continuarea lui WIGOTSKI și LEONTIEV, s-au preocupat — legat de învățare — de modalitățile interiorizării și constituirii acțiunilor mintale. Cei patru parametri luați în considerare în evaluarea procesului de elaborare a acțiunilor mintale sînt: nivelul și gradul de generalizare, comprimarea operațiilor efectuate și verbalizarea (pe plan extern și intern). În opinia acestor autori, pentru realizarea unui scop sau rezolvarea de probleme este necesară desfășurarea unei activități efective de transformare a unui material dat. Așadar, interiorizarea debutează cu observarea și realizarea efectivă a acțiunii materiale sau obiectuale. În secvența următoare, acțiunea se derulează în planul vorbirii cu glas tare, fără sprijinul obiectelor sau modelelor simplificate — scheme, mulaje, machete, etc. La acest nivel, încep să se contureze și unele reprezentări care, nu căpătă suficientă coerență decît dacă sînt activate reflexele verbale. Se trece la exprimarea verbală pentru sine și, printr-o treptată reducere a tăriei vocii, funcțiile desemnatorie și reglativă ale limbajului contopindu-se, vorbirea devine purtătorul independent al conținutului informațional, cit și al acțiunii. Uitima etapă, de maximă generalizare, prescurtare și automatizare a acțiunii, presupune degajarea ideii sau imaginii abstracte care se execută în limbaj intern, adică pe plan mintal. Acțiunea s-a condensat și operează acum în gînd după o anumită formulă, în conștiință apărînd doar ideea. Astfel, de la acțiunea externă desfășurată, se ajunge la actul maximal comprimat și standardizat, ce devine suport al ideii, în măsura în care păstrează o relație recurentă cu obiectele și acțiunile originale. Teoria psihogenetică a inteligenței sau a dezvoltării stadiale a gândirii prin înlănțuiri de acțiuni sau operații (J. PIAGET), vine să completeze teoria acțiunilor mintale prin fenomenul interiorizării.

206. ACȚIUNE PSIHOMOTORIE (cf. lat. *actio* ; gr. *psyché* „suflet” ; lat. *motor* „care pune în mișcare”) → ACT.

207. ACȚIUNE SOCIALĂ ● Opusă acțiunii individuale, acțiunea socială implică orice activitate inițiată de un grup organizat, în scopul realizării obiectivelor către care tind toți membrii acestuia.

208. ACȚIUNE SPECIFICĂ ● Termen care desemnează, în concepția lui FREUD, procesul necesar rezolvării tensiunii interne create de trebuință, constînd în intervenția externă adecvată și reacțiile preformate ale organismului care, după PONTALIS și LAPLANCHE, permit finalizarea (împlinirea) actului.

Aparatul neuronal funcționează, între altele, după principiul inerției, dar reglarea prin inerție este perturbată de excitațiile endogene. Răspunsul organismului la aceste excitații poate fi nespecific (imediat, inadecvat, prin manifestări primare de natură emoțională care nu rezolvă excitația) sau poate fi specific (adecvat, reprezentînd o soluție durabilă și avînd drept efect descărcarea tensiunii). Acțiunea specifică este de natură să producă, în această accepțiune, o experiență a satisfacției. În 1895, FREUD a izolat, din ansamblul stărilor nevrotice, un grup de simptome pe care le-a denumit nevroză de angoasă, simptome constituind manifestări emoționale, acute sau cronice. Ele acoperă un tablou clinic variat, condiționat mai ales de diferite modalități specifice de a reacționa la emoție. Printre simptomele fundamentale se numără: excitabilitate generală și senzorială, slăbiciune iritabilă, insomnie, așteptare anxioasă însoțită adesea de fenomene de hipochondrie, de îndoielă, de senzație de rușine, de anxietate difuză flotantă, fără cauză sau obiect definit.

Dacă în ceea ce privește descrierea tabloului clinic al „nevrozei de angoasă”, cuprinsă astăzi în conceptul de nevroză anxioasă, nu avem obiectivni, referitor însă la patogenia acestei nevroze, nu sîntem întrutotul de acord cu explicațiile furnizate de FREUD, care, trebuie să recunoaștem, puteau constitui un punct de vedere la începutul secolului, dar nu și unul exhaustiv pentru prezent.

În concepția lui FREUD patogenia nevrozei de angoasă ar consta într-o repartiție anormală a tensiunii sexuale, într-o iradiere anormală a acesteia, care ar genera simptome analoge manifestărilor emoționale ce însoțesc actul sexual. Singura modalitate care ar putea împiedica, în opinia autorului, această iradiere anormală este efectuarea unui act sexual

complet ; actele sexuale incomplete, nespecifice, nu duc la o satisfacție specifică și adecvată, tensiunea continuând deci să existe și astfel se naște emoția denumită angoasă (ca urmare a acestei „iritații genetice”), cu manifestări de teamă pentru un pericol iminent, datorită faptului că perturbarea sexualității (iradierea anormală, cu localizare precisă într-o zonă erogenă, dar fără satisfacție completă și adecvată) este resimțită ca un pericol exterior față de care psihismul trebuie să aibă o acțiune de prevenire. De aici rezultă imposibilitatea de adaptare la o realitate exterioară, dar și imposibilitatea de adaptare interioară.

Pentru ca acțiunea specifică să se îndeplinească sînt necesare, după FREUD, un obiect specific și un număr de condiții externe. Este vorba despre un ansamblu de funcțiuni-reflexe indispensabile finalizării actului și de intervenții exterioare adecvate.

Acțiunea specifică a fost legată, în gîndirea lui FREUD, de teoria instinctului, trinomial instinct-pulsione sexuală-acțiune specifică fiind definit prin următoarele aspecte :

- sexualitatea, ca una din „marile trebuințe”, necesită o acțiune specifică (→ PULSIUNI de autoconservare) ; la fel, foamea este un model de trebuință cu satisfacerea ei printr-o acțiune specifică ;
- acțiunea specifică este văzută (înțeleasă) prin analogia între actul sexual adult și satisfacerea foamei ;
- pe lângă elementele organice ale comportamentului de satisfacere, sînt introduse, tot în cadrul acțiunii specifice, elementele „psihice” într-o perspectivă a istoriei individului (elaborarea libidoului psihic) ;
- lărgirea concepției despre instinctul sexual, prin considerarea sexualității infantile. FREUD consideră că instinctul sexual se manifestă încă din primii ani de viață și descrie modalitățile de manifestare la diverse vîrste ale copilăriei, făcînd o diferențiere clară între Sexual și Genital. Sexualitatea infantilă se caracterizează prin faptul că procurarea plăcerii sexuale se realizează în condiții organice puțin specifice, difuze, fără localizări anatomice în zona genitală.

Așadar, pe de o parte, acțiunea specifică revine la o manifestare comportamentală proprie, legată în mod particular de satisfacerea unei trebuințe interne, pentru care organismul dispune de reacții preformate și pe de

altă parte, există o specificitate care se constituie istoric, pe parcursul ontogenezei, în funcție de factorii externi care vor juca, la rîndul lor, după J. B. PONTALIS, J. LA-PLANCHE, E. REGIS, A. HESNARD, un rol important în geneza personalității și, mai ales, a laturii afective a acesteia.

209. „ACȚIUNEA T4” ● Nume sub care este cunoscut unul dintre episoadele cele mai dramatice din istoria psihiatriei și sub acest nume, codificat, autoritățile naziste au inventat un „tratament special”, la care au supus grupe mari de populație, procedînd la exterminarea a zeci de mii de bolnavi psihici, selecționați pe criteriul „aptitudinii de a fi productivi”. Eutanasia inspirată de criteriul rasiste și pseudobiologice a dus la moartea a sute de mii de persoane „a căror viață nu-și poate plăti prețul de a fi trăită”. Ca și alte acțiuni de acest fel, imaginate de aberanta ideologie nazistă — sterilizarea obligatorie a bolnavilor cu debilitate mintală, PMD, epilepsie ereditară, coree Huntington, alcoolism grav, „acțiunea copii”, care a dus la exterminarea a 5000 de copii cu malformații ereditare etc. — acțiunea T4 este un exemplu dintre cele mai dramatice privind impactul grav pe care o pseudoteorie îl poate avea asupra dezvoltării și prestigiului unei ramuri științifice, în cazul nostru medicina. Școala de psihiatrie germană, deosebit de valoroasă la momentul respectiv, a fost pur și simplu dizolvată, valori ca MAYER-GROSS, STEINER, WILMANNNS, GRUHLE, KRETSCHMER, BONHÖFFER, fiind înlocuite cu pseudovalorile momentului, reprezentînd însă persoane „devotate” — experiență cu consecințe cunoscute, pe care istoria nu trebuie să o mai repete.

210. ACȚIUNE TERAPEUTICĂ (cf. lat. *actio* și gr. *therapeuein* „a îngriji”) ● În sens general, termenul se referă la procesele care generează o serie de efecte pozitive în cazul aplicării unui tratament, indiferent de natura acestuia. În sens mai restrîns, reprezintă acțiunea exercitată de anumite medicamente sau metode, în tratamentul unei boli. Se poate adresa agentului cauzal al bolii, mecanismelor de producere a acesteia sau doar simptomelor.

211. ACUESTEZIE (cf. lat. *acumen* „vîlf” și gr. *aisthesis* „senzație”) sin. → ACMESTEZIE.

212. ACUFENE (cf. gr. *acouein* „a asculta, a auzi” ; *phenakizo* „a înșela”) sin. ACUASME și TINITUS ● Senzații auditive anormale (apărute în lipsa unor excitanți sonori obiectivi),

cu caracter unilateral sau bilateral, episodice sau permanente, de tipul zgomotelor, fosnetelor, pocnetelor, țuiturilor. Sînt considerate, de regulă, halucinații auditive elementare. Se întîlnesc frecvent în afecțiunile otice (otite cronice, nevrite acustice de diferite etiologii, traumatisme ale urechii medii, surditate), în boli neurologice (leziuni ale căilor de conducere, leziuni de lob temporal), în hipertensiunea arterială, insuficiență circulatorie vertebro-bazilară, ASC, intoxicații cu diverse droguri. Acufenele pot apărea ca aură epileptică sau chiar ca manifestare critică în cazul crizelor localizate, cu simptomatologie senzorială, și pot însoți atît patologia nevrotică, cît și pe cea psihotică.

213. ACUITATE (cf. lat. *acutus* „ascuțit“)

● Proprietate funcțională a analizaorilor de percepere a unor senzații la un prag scăzut sau de discriminare a unor diferențe minime între stimuli din aceeași categorie senzorială. În primul caz, acuitatea se determină ca o mărime inversă față de valoarea pragului minim (absolut), ceea ce înseamnă un grad înalt de sensibilitate și în al doilea caz, acuitatea este inversă față de valoarea pragului diferențial, ceea ce înseamnă o mare finețe în discriminările senzoriale. Acuitatea se determină concret pentru fiecare analizator (tactil, vizual, auditiv, kinestezic, olfactiv, termic etc.), cu ajutorul unor aparate (esteziometru, audiometru) sau a unor scale de acuitate. Acuitatea poate fi statică sau dinamică, în funcție de caracterul de imobilitate sau mișcare al stimulilor și se poate vorbi și de o acuitate laterală, monooculară, monoauriculară, monomanuală.

O atenție particulară trebuie acordată modificărilor pe care le suferă acuitatea organelor de simț în isterie. În acest caz, simptomul apare prin mecanism de conversie și nu se află sub control voluntar, servind ca expresie directă a unui conflict intrapsihic → CONVERSIE. S-a descris o mare varietate de asemenea simptome, printre care : amauroza isterică, ambliopia isterică, îngustarea câmpului vizual, diplopie, surditate isterică, diminuarea percepției tactile sau exagerearea ei, scăderea acuității gustului, mirosului, pînă la pierderea lor etc.

214. ACUITATE VIZUALĂ — modificări induse de psihotrope ● Acuitatea vizuală desemnează capacitatea rezolutivă a ochiului, în funcție de claritatea focarului retinian, integritatea elementelor nervoase și integrarea corticală a stimulului.

Utilizarea unor medicamente cu efect psihotrop poate determina, printre alte efecte se-

cundare, o diminuare a acuității organelor de simț, cel mai frecvent și mai semnificativ fiind afectată acuitatea vizuală. Antidepresivele triciclice de tip imipramină, amitriptilină, nortriptilină — pot determina o scădere a acuității vizuale, legată de tulburări de convergență și acomodare, al căror mecanism de producere este de tip neurovegetativ, corelat cu acțiunea lor parasimpaticolitică. Antidepresivele IMAO dau mult mai rar efecte secundare de tipul afectării acuității vizuale. Barbituricele, în cazul unei administrări îndelungate sau în doze mari, pot determina scăderea acuității vizuale, diplopie. Tulburări de acomodare și diplopie pot să apară și în cursul tratamentului cu tranchilizante, antrenînd o diminuare a acuității vizuale. Apariția acestora este legată de administrarea continuă a substanțelor tranchilizante, după o perioadă de 10—14 zile de la instituirea terapiei, iar persistența lor, după suprimarea medicației, poate dura 10—14 zile. Mecanismul de producere este de ordin neurovegetativ, legat de capacitatea de inhibiție parasimpatică a acestor substanțe. Acuitatea vizuală este afectată și în tratamentul cu neuroleptice, datorită aceluiași mecanism anticolinergic. Tulburările de vedere constituie unul din primele efecte adverse observate la substanțele antiparkinsoniene cu acțiune predominant parasimpaticolitică. Ele pot apărea după un interval variabil de timp, de la 5—7 zile pînă la 2—3 săptămîni de la instituirea tratamentului antiparkinsonian.

215. ACULAȚIE (cf. gr. *akouein* „a asculta“ * *lalein* „a vorbi“) ● Tip de limbaj în care predomină jargonofazia și nonsensurile. Corespunde afaziei sintactice a lui HEAD. Se întîlnește în afazia de tip Wernicke, asociată leziunilor girusului angulat stîng (la dreptaci). Subiectul nu înțelege limbajul vorbit sau scris și, deși aude și vorbește, nu se face comprehensibil din cauza nonsensurilor pe care le exprimă.

216. ACULTURAȚIE (cf. lat. *ad-* ; *cultura*) ● Interferența unor culturi deosebite, avînd drept rezultat penetrația lor reciprocă și constituirea unei noi configurații culturale prin osmoză spirituală a comunităților în contact. Referitor la indivizi (grupuri), aculturația se referă la procesul de adaptare prin care un individ (grup) se integrează într-o cultură diferită, asimilînd — prin contact direct și necesar cu un mediu socio-cultural inedit — unele dintre elementele definitorii ale acestuia (limbaj, simboluri, valori, norme, obiceiuri, ritualuri etc.), ceea ce presupune o modificare a fondului cultural din mediul originar. Specifică fenomenelor de migrație, urba-

nizare, colonizare etc., aculturația impune subiecților care o suportă dificultăți de adaptare, asociindu-se cu o derută axiologică, cel puțin temporară, cu sentimente de deșrădăcinare și de marginalitate, pe fondul cărora se insinuează, de regulă, delincvența, diminuarea responsabilității, atrofierea gustului estetic, mimetismul lipsit de discernămint etc.

217. ACUPUNCTURĂ (cf. lat. *acus* „ac” și *punctura* „înțepătură”) ● Metodă profilactică și curativă utilizată de medicina chineză încă din antichitate, introdusă în Europa de Louis BERLIOZ (1776—1848), tatăl compozitorului, Pierre-Fidèle BRETONNEAU (1778—1862) și Jules CLOQUET (1790—1883). Acesta din urmă, împreună cu fostul său student Dantu de VANNES, a publicat, în 1826, un tratat de acupunctură. În 1825, SARLANDIÈRE (1787—1838) a adresat Academiei de Științe un memoriu asupra electro-acupuncturii.

Primele lucrări complete privind acupunctura, bazate pe traducerea competentă a textelor clasice chineze, ne-au fost lăsate de Georges SOULIÉ de MORANT (1878—1955), care, după o lucrare despre sfigmologia chineză (1928) a publicat, începând din 1939, un amplu tratat de acupunctură (în cinci volume).

Dintre tratatele de valoare apărute în ultimele decenii, le reținem pe cele publicate de A. CHAMFRAULT (1954—1959), G. BECHMANN (1959), J.E.H. NIBOYET (1951, 1970), J. LAVIER (1965, 1966, 1968), Nguyen van NGHY (1971, 1974), M. PORKERT (1972), F. MENN (1973), L. ROCCIA (1975), Jean Marc KESPI (1982).

L. ROCCIA (1979) citează statistici care apreciază că peste 50% din populația mondială apelează astăzi la acupunctură.

În țara noastră, acupunctura a fost introdusă după 1945 de către Dr. Ioan BRATU (1910—1965).

Acupunctura folosește ace implantate în anumite puncte determinate pe suprafața corpului. Are la bază concepția filozofică potrivit căreia există o unitate a tuturor fenomenelor naturale, care s-ar desfășura în acord cu o lege universală (DAO). Aceasta are două componente contrare: YANG și YIN, inseparabile și complementare. Materia ar avea la bază cinci elemente: focul, lemnul, metalul, pământul și apa, care stau sub semnul predominanței lui YANG sau YIN.

În univers, ar exista un principiu unic QI (energie), rezultat din cele două forțe opuse, YANG și YIN. Această energie ar fi analogă cu formele de energie existente în natură, permițând organelor să se influențeze între ele. În tratatul Nei Jing se precizează: „energia

QI provine din energia Soarelui și a Pământului, pătrunzând în organism pe calea aerului și a alimentelor. Odată pătrunsă în organism, energia este transformată în două tipuri diferite: energie nutritivă (YOUNG) și energie defensivă (WEI). Prima stimulează dezvoltarea, iar a doua apără organismul de agresiunile externe. Se consideră că organele ZANG (parenchimatose: ficat, cord, plămîn, rinichi, splină, pancreas) produc mai mult energie YOUNG, iar cele FU (cavitare: stomac, vezică biliară, intestin subțire, intestin gros și vezică urinară) produc mai multă energie WEI și mai puțină energie YOUNG. Primele sînt organe YIN, iar celelalte sînt organe YANG.

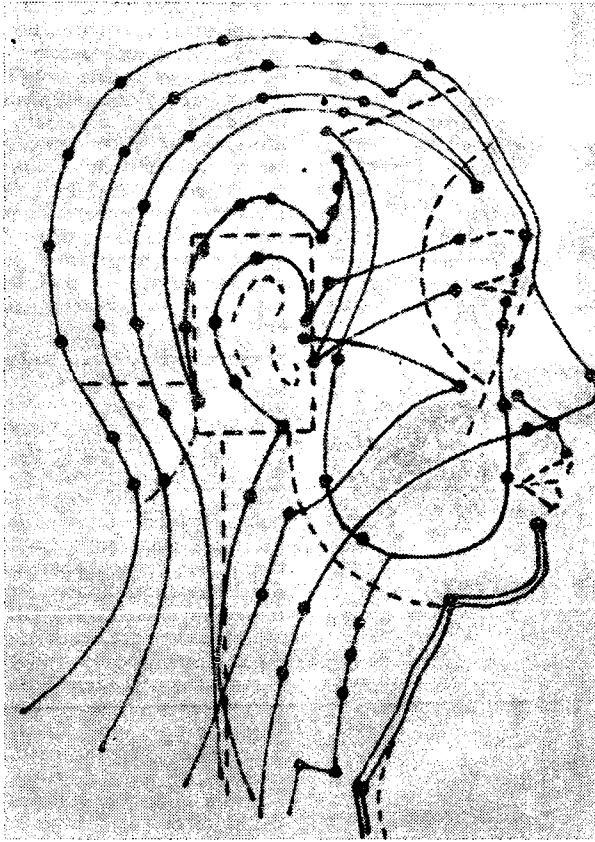
Meridianele sînt traiecte longitudinale, parcurse de fluxurile energetice. În limba chineză, aceste traiecte se numesc JING. Traducerea „meridian” aparține lui SOULIÉ de MORANT; ea subliniază caracterul invizibil al traiectelor, dar pierde sensul de „curent activ”. Există meridiane principale și meridiane secundare. Fiecare meridian principal prezintă un traiect intern (numit de LAVIER „cryptodrom”), care contactează organele ZANG și FU, și un traiect extern, la nivelul pielii, de-a lungul căruia se găsesc punctele de acupunctură, utilizabile pentru a influența circulația energiei.

Meridianele principale, în număr de 12, respectă principiul bipolarității: șase meridiane YANG și șase meridiane YIN. Ele realizează marea circulație energetică a organismului. Fiecare meridian are, în cursul a 24 ore, două ore de activitate minimă și două ore de activitate maximă. Zece meridiane alcătuiesc cele cinci unități energetice: foc, pământ, metal, apă, lemn. O unitate energetică este constituită dintr-un meridian YIN, care corespunde unui organ parenchimatous, și un meridian YANG, care corespunde unui organ cavitat, plus un meridian tendino-muscular, un meridian distinct, unul longitudinal și unul transversal. Fiecare unitate energetică răspunde în organism de o anumită funcție. Astfel, unitatea energetică foc, compusă din meridianul intestin subțire-cord, răspunde în organism de activitatea nervoasă și psihică.

Terminologia europeană încearcă să găsească echivalențe optime pentru termenii din limba chineză. De aceea, de la autor la autor, diferă traducerea conceptelor cu care operează acupunctura. Se recomandă ca, întotdeauna, să se indice, în paranteză, denumirea chineză. Ca exemplu, iată o clasificare a meridianelor secundare (Laurențiu TEODORESCU): meridiane tendino-musculare (JING JIN), vase LUO (LUO BIE), meridiane distincte (JING BIE) și meridiane curioase (QI JING).

Meridianele tendino-musculare circulă superficial, transportind energie WEI. Își au originea în meridianele principale, la virfurile degetelor, de unde pleacă ascendent spre a se ramifica pe trunchi și cap. Energia circulă preponderent prin aceste meridiane YANG, în

meridianele principale de organele ZANG și FU și de craniu (vasele LUO longitudinale), iar pe de altă parte, să stabilească legături reciproce între meridianele cuplate prin legea celor cinci elemente, constituind astfel un sistem de consolidare a circulației meridianelor



Puncte terapeutice – cap și gât

timpul zilei, și prin meridianele tendino-musculare YIN, în timpul nopții. Aceste meridiane nu prezintă puncte proprii, și tulburările circulației energiei prin ele se corectează folosind puncte ale meridianelor principale din care derivă (de pildă, înțeparea punctului I.G.4 în cefalee).

Vasele LUO reprezintă derivații ale meridianelor principale care iau naștere în punctele LUO, situate între cot, respectiv genunchi, și extremitatea membrului. Au rolul, pe de o parte, să lege printr-un circuit rapid și direct

principale la nivelul extremităților (vasele LUO transversale).

Meridianele distincte reprezintă tot ramificații ale meridianelor principale, avind drept rol vehicularea energiei în regiuni pe care acestea din urmă nu le străbat.

Meridianele curioase (numite astfel prin opoziție cu meridianele principale și meridianele secundare ramificate din primele) realizează un sistem complex de control al energiei și dintre acestea cele mai importante sînt două: medio-anterioară „JENN-MO” și medio-poste-

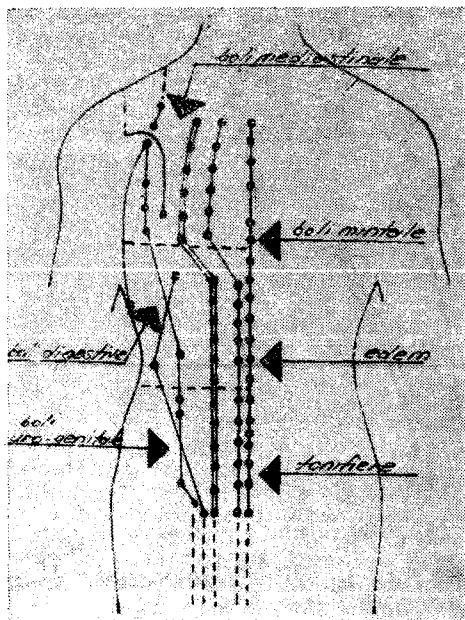
rioară „TOU-MO”. Punctele de acupunctură (XUE WEI) sînt zone punctiforme de 2—5 mm², suprafață la nivelul căreia s-ar desfășura schimburi de informații între mediul intern (organe) și mediul extern (energii exogene, cosmice), fiind astfel supranumite „porți ale energiei” sau „ferestre deschise pentru energie”. Ele au o funcție selectivă, după tipurile de energie : închise pentru unele, deschise pentru altele. Aflîndu-se la intersecția diferitelor fluxuri energetice (meridiane), ele au rol în homeostazia energetică a corpului, starea de sănătate fiind corespondența unui perfect echilibru al fluxurilor energetice.

Punctele active de acupunctură se clasifică tradițional în puncte de comandă, puncte cu acțiune articulară și puncte de schimb energetic al organismului cu mediul. Punctele de comandă conțin puncte de tonifiere, a căror înțepare duce la stimularea organelor dependente, puncte de dispersie, a căror înțepare duce la diminuarea funcțiilor organului corelat,

stimulare electrică termică), pentru ca prin realizarea potențialului de leziune crescut pe punctul cu activitate specifică (tonifiere sau dispersie), să se restabilească echilibrul preexistent bolii. Concepția fundamentală a metodei privește boala ca dezechilibru energetic, rezultat din predominanța sau deficiența unor funcții în sens pozitiv (YANG) sau negativ (YIN) ale unui organ sau sistem, deficiență care ar antrena un lanț de reacții, hiperfuncție compensatoare în alte organe și deficiență în organe sinergice. De aici concluziile terapeutice : acțiunea acupuncturii prin cele două tipuri de efecte — de tonifiere sau dispersie — nu se adresează unui organ izolat, ci unui sistem compus din organe sinergice și antagonice. Ea privește organismul ca un întreg în corelație cu mediul înconjurător, ținînd seama de bioritmul fiecărui organ și al întregului organism ; reechilibrarea funcțională reprezintă, în acest sens, o acțiune neliniară, cu un caracter ondulator de dublă alternanță.

Avantajele acestei metode au făcut ca ea să-și capete o largă aplicabilitate, constituind un factor terapeutic în numeroase boli. Este indicată în spasme viscerale, inflamații ale mucoaselor, diverse alгии, tulburări neurovegetative. Condiția este ca tratamentul să fie aplicat în fazele incipiente, funcționale, ale bolii, în fazele tardive, lezionale, el neavînd decît un efect simptomatic, paleativ, asupra factorului durere. Un aspect interesant îl constituie posibilitatea aplicării acupuncturii în sens profilactic. De altfel, în medicina tradițională chineză, medicul casei avea obligația să descopere din timp dezechilibrele energetice, diagnosticarea acestora făcîndu-se prin cercetarea pulsului (sistemul de diagnosticare bazat pe puls fiind foarte complex și precis), a anumitor puncte specifice și pe baza unui examen clinic. Activitatea medicilor era considerată eficientă, și ca atare remunerată corespunzător, atît timp cît membrii familiei erau sănătoși, în cazul îmbolnăvirii lor, medicii avînd obligația să-i trateze gratuit. De avantajele acestei metode pot beneficia și unele simptome psihice : anxietatea, agorafobia, insomniile, impotența, frigiditatea, cenestopatiile.

J. C. DARRAS, președintele Uniunii Mondiale a Societăților de Acupunctură, a ținut în 1982, în cadrul Congresului Național Român de Acupunctură, o conferință despre utilizarea acestei metode în afecțiunile psihice, în care a pus accentul pe circulația în organism a energiei „psi” (psiho-informațională). Plecînd de la considerarea nevrozei drept con-



Puncte terapeutice toraco-abdominale

puncte de origine, din care pleacă meridianul, puncte de legătură, care conectează meridianele, puncte de asentiment și puncte de alarmă.

Concepînd boala ca dezechilibru energetic al organismului, metoda se realizează prin stimularea punctelor active (înțepare, presiune,

secință a unei proaste inserții în timp și a psihozei drept o dezinsertie în spațiu, la care se adaugă lipsa conștiinței bolii, dr. J. C. DARRAS a comunicat excelente rezultate în tratarea nevrozei obsesivo-fobice, a anxietății de intensitate psihotică, hiperagresivității, isteriei, delirurilor, halucinațiilor, psihozei maniaco-depresive, a unei game largi de cenestopatii etc. Judecând energetic fiecare caz în parte, se poate veni în ajutorul oricărui bolnav, chiar dacă o ameliorare a simptomatologiei evidentă sau o stopare a evoluției bolii nu au aceeași valoare cu vindecarea deplină.

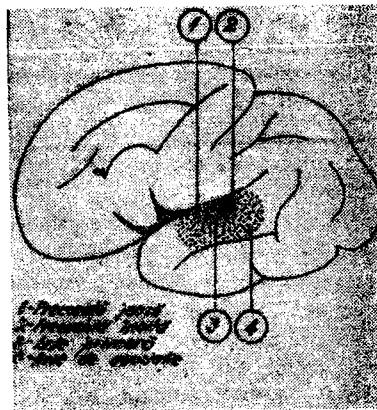
218. ACUSMIE (cf. gr. *akousma* „ceea ce se aude”) ● Halucinație auditivă, la care se adaugă și alte complicații de tipul tulburărilor senzoriale (R. CHOCHOLLE, 1968). Poate fi considerată ca varietate a ACUASMELOR și este mai frecventă în patologia psihiatrică cu substrat organic.

219. ACUSTIC — analizor ● Analizatorul acustico-vestibular reprezintă sistemul neurofiziologic ce permite percepția și diferențierea sunetelor (vibrații acustice cuprinse între 20—20 000 c/s), inclusiv a caracteristicilor vocii, cu rol în orientarea și integrarea individului în mediu. Fiind un analizor, cunoaște trei componente: segment de recepție, cale de conducere și proiecție corticală. Aparatul de recepție cuprinde celulele de la nivelul organului lui Corti, din labirintul membranos al melcului situat în stinca temporalului. Stimulii sint conduși prin nervul auditiv până la al doilea neuron al căii de conducere, situat în punte (la nivelul trunchiului cerebral). Calea auditivă se continuă prin panglica lui Reil laterală și, după ce trimite conexiuni spre alte formațiuni; se proiectează cortical în lobul temporal, circumvoluția transversală Heschel, ariile 41—42, unde se face percepția sonoră. Mai există un cortex auditiv secundar cu funcție auditivo-psihică, în aria 22T, cu rol în surditatea verbală. În aria 22, sunetele percepute în ariile 41 și 42 sint integrate, comparate și transformate în enrame. La om, extirparea lobului temporal stîng duce la o surditate verbală. Urechea umană percepe frecvențe sonore cuprinse între 25—20 000 Hz și amplitudini între 0—130 db. Recepția auditivă are loc la nivelul organului Corti, celulele senzoriale de la acest nivel transformînd energia mecanică sonoră în influx nervos. Tulburările auzului pot fi determinate de leziuni la nivelul aparatului auditiv, de condiții fiziopatologice ce modifică recepția sonoră sau de dereglări funcționale ale centrilor ner-

voși superiori. Determinarea acuității auditive se realizează cu ajutorul audiometrelor (obținindu-se audiograme), care măsoară pragurile de audibilitate pentru sunete pure, zgomote și mesaje verbale.

Senescența auriculară (presbiacuzia) este datorată unui proces degenerativ și se caracterizează prin reducerea acuității auditive. În jurul vârstei de 35 ani, pragul superior pentru sunetele înalte scade cu cca. 30%, iar după 50 ani — cu cca. 50%.

Modificările patologice ale auzului sint reprezentate indeosebi de sindroamele hipocuzice (surditate), care presupun pierderea completă sau parțială a acuității auditive. Starea de invaliditate a hipocuzicilor determină izolarea acestora de restul societății, fapt ce are consecințe importante asupra stării lor psihice. Astfel, deficitul senzorial favorizează apariția susceptibilității, a neîncrederii față de cei din jur, a interpretării faptelor acestora. În cazul unei personalități premorbide accentuate paranoice, aceste tulburări pot atinge intensitate delirantă, sub forma delirului de interpretare al surzilor și hipocuzicilor. Se mai descrie o surditate psihică ce apare pe un teren nevrotic, isteric, în condiții deosebite de solicitare psihică (stress, frustrare, frică), fără nici o leziune organică la nivelul aparatului auditiv. Mecanismul fiziopatologic ar



Localizarea auditivă cerebrală

consta în tulburarea dinamicii proceselor corticale, în care reprezentarea corticală sonoră este anormală. Diagnosticul pozitiv este ușurat de prezența altor manifestări ale nevrozel și, respectiv, ale isteriei.

Exercitînd o acțiune patogenică asupra analizatorului acustic, zgomotul reprezintă o noxă atît pentru organul care îl recepționează, cît și pentru întregul organism, fiind considerat drept una dintre agresiunile cel mai greu de suportat. Afectarea sistemului nervos central este exprimată prin apariția unui sindrom general de „oboseală, slăbire”, modificări EEG, tulburări de somn, modificări de excitabilitate neuromusculară, tulburări ale funcției vizuale, modificări ale sistemului nervos vegetativ, precum și la nivelul proceselor psihoafective și intelectuale.

220. ACUSTICOFOBIE ^(P) (cf. gr. *akoustikos* „relativ la sunet” și *phobos* „frică”) ● Termen introdus în semiologia psihiatrică la sfîrșitul secolului al XIX-lea (1886), pentru a delimita o frică excesivă, nemotivată, maladiivă față de sunete — în sensul strict al unor sunete și nu în totalitatea acestora. Se întîlnește în reacții, nevroze și în unele forme de schizofrenie. Necesită o diferențiere față de afirmațiile gratuite ale personalităților isterice, unde nu reprezintă propriu-zis o fobie, ci o încercare (a cita?) de a ieși din nou în evidență.

221. ACUSTICO-VERBALE ^(B) halucinații ● Termen rezervat de H. EY pentru descrierea fenomenului heteroclit atît în geneză, cît și în manifestarea clinică, care descriptiv, s-ar putea numi „perceperea de voci”. În această categorie ar putea fi cuprinse :

- halucinațiile acustico-verbale fragmentare (cu apariție scurtă, fără înlănțuire tematică, cu aspect de parazitism verbal) sînt „incoerente sau insolite” — CLERAMBAULT) §
- halucinațiile acustico-verbale psihosenzoriale (halucinația adevărată) — are caracter senzorial și obiectivitate spațială — apărînd ca voci ale unor persoane invizibile, care însoțesc delirantul ;
- halucinațiile psihice verbale (care i-au permis lui BAILLARGER separarea halucinațiilor psihosenzoriale de halucinațiile psihice). Caracteristicile acestor halucinații (după unii autori, singura posibilitate de manifestare a halucinațiilor psihice) sînt : absența senzorialității, absența participării subiective, sentimentul de straniețate și de fenomen impus (xenopatic).

Alte modalități de clasificare a halucinațiilor acustico-verbale au încercat o integrare structuralistă, fondată pe raportul cu delirul H. EY, care a realizat o remarcabilă analiză a acestor halucinații, ajunge la concluzia că ele constituie „concertul vocilor prin care este anunțat discursul inconștientului în delir la diversele sale nivele de destructurare a ființei conștiente”.

222. ACUT (cf. lat. *acūtus* „ascuțit”) ● Adjectiv folosit în medicină pentru a desemna o simptomatologie cu manifestare zgomotoasă sau evoluție către un moment critic a unei afecțiuni sau proces patologic. Una dintre dichotomiile operate în clasificarea bolilor sau fenomenelor patologice face separația acut-cronic, subliniind ideea că o stare patologică nu poate rămîne un interval de timp nedefinit în stare acută.

În psihiatrie, criteriul intensitate-durată a fost folosit mai ales de psihiatria clasică, pentru a marca primele observații privind natura reversibilă a unor tulburări psihice față de tendința la o evoluție prelungită a altora. Odată cu introducerea terapiei eficiente, această situație decurgînd din evoluția naturală a bolilor s-a complicat, criteriul pierzîndu-și din valabilitate, întrucît nu există un raport direct între caracterul acut al unor manifestări și prognosticul lor.

Simptomatologia adolescentului, deși îmbracă adesea tabloul critic al unor sindroame acute și polimorfe, are un prognostic bun, pe cînd delirul acut are un prognostic rezervat. Atitudinea psihiatrului în fața unei patologii acute, care în cele mai multe cazuri reprezintă și o urgență psihiatrică, trebuie să se înscrie în parametrii generali ai atitudinii medicale în fața unor cazuri de acest tip : intervenție promptă cu folosirea maximă a resurselor medicale. Uneori, prezența medicului „acutizează” în mod nedorit simptomatologia, așa cum se întîmplă în isterie și simulație — rolul anturajului fiind hotărîtor în aceste circumstanțe.

223. ACUT ^(D) delir (cf. lat. *acūtus* și *delirium* „nebulie”) ● Denumit și sindrom confuzional malign, datorită evoluției rapide, frecvent mortale, și a predominenței confuziei mintale profunde. MARCHAND (1929) i-a dat denumirea de encefalită psihotică acută azotemică, deoarece paraclinic se constată hiperazotemie care crește constant în timp. Autorul consideră acest sindrom ca o modalitate univocă de răspuns a sistemului nervos, în mod particular vulnerabil la pacienții respectivi, în fața diferiților agenți stressanți : infecții, in-

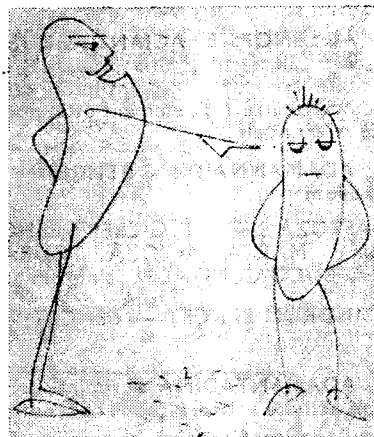
toxicității, traumatisme și, cel mai frecvent, în urma abuzului sau sevrajului la alcool → DELIR ACUT.

224. ACUTRAN^(M) S.U.A. — DCI *Amfetloral* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip α -metil-N-(2,2,2-tricloroetilidene) fenetilamină — amină simpaticomimetică, cu valențe anorexigene. Utilizarea în doze mari nu duce la creșterea randamentului și utilizarea repetată poate crea pericolul dependenței.

225. ACUZARE (cf. lat. *accusare* „a acuza, a învinui”) ● Unele tulburări psihice creează subiectului nevoia impulsivă de a aduce diverse acuzații adresate unor persoane apropiate, celor care îi îngrijesc, unor persoane cvasinecunoscute sau a unor instituții și organizații. Mitomanul aduce acuzații unor persoane pentru delikte sau crime (reale sau imaginare), plasându-se în centrul unor povestiri cu caracter lugubru și, nu rareori, lubric. Vanitatea sa este satisfăcută de compasiunea celorlalți. El renunță uneori la rolul de personaj central (deși nu folosește întotdeauna autoheterodenuțarea), pentru a se plasa în poziția aparent secundară de victimă imaginară sau supermartor, deținând o informație uluitoare de completă asupra faptelor (de la motivație pînă la microdetalii). Prins în joc, mitomanul își părăsește încet-încet rolul pentru a se erija în justițiar, într-un tribunal în care propriile răspunsuri îi devin realitate și fapte, întregind construcția fabulatorie. Astfel de autori de acuzații imaginare pot antrena complicații și erori judiciare reale. Copiii, fiind ușor sugestionabili, pot fi folosiți pentru a depune în instanță mărturii false. Dintre personalitățile dizarmonice, acuzatorii anonimi se înscriu în planul unei pericolozități sociale deosebite, prin energia cu care își desfășoară campaniile denigratoare, în care mecanismele „distructiv-vindicative” (FROMM) ajung în prim-plan cu consecințe dintre cele mai nefaste. Pericolul este cu atât mai mare, cu cât identificarea unor astfel de subiecți este dificilă, iar acceptarea lor mutuală duce la trecerea la acte anonime de violență, cu același caracter impulsiv. De o pericolozitate la fel de importantă, dar cu o posibilitate crescută de identificare (și deci, de luare a măsurilor cuvenite de izolare și tratament) sînt acuzațiile paranoicului. Tendința lui spre acuzare este bazată pe raționamente patologice, logică falsă, interpretări.

El își urmărește scopul cu o perseverență ieșită din comun, uneori pornind să-și facă

singur „dreptate”. În cazul schizofrenului, inversiunea sa afectivă stă cel mai adesea la baza acuzațiilor pe care acesta le aduce părinților, familiei, uneori terapeutului. Adesea motivația subiectului este absurdă sau chiar lipsește, acuzațiile repetându-se mecanic și incoerent în discurs. Acuzații cu caracter și mai



nebulos aduc pacienții cu deliruri de persecuție pentru suferințele imaginare pe care le au și ei îi acuză imprecis pe ceilalți, sau acuză toată lumea. Este posibilă trecerea de la acuzare la acte autojustițiare. Psihozele de involuție sînt însoțite frecvent de acuzații la adresa familiei, moștenitorilor, vecinilor, acuzații slab sistematizate și cu o tematică flotantă, în care transpare însă „persecuția sistematică la care bătrînul este supus”. Aceste acuzații par legitime din poziția celui pentru care a (mai) avea ceva în lume înseamnă a (mai) fi încă în lume, deposedarea de lume devenind desființare în sensul cel mai strict. În demență, acuzarea se sprijină pe slăbirea raționamentului și a simțului critic, acuzațiile devenind incoerente.

226. ACVAFOBIE^(F) (cf. lat. *aque* „apă” și gr. *phobos* „frică”) — sin. HIDROFOBIE^(F) ● Termen introdus în semiologia psihiatrică la finele secolului al XIX-lea, odată cu alte fobii și ca simptom este cunoscut încă din antichitate, legat însă nu de tulburările psihice ci de rabiei în accepțiunea actuală, delimitează frica nemotivată, exagerată, patologică, față de apă.

Nu trebuie confundată cu frica de apă a copilului și cu neutilizarea apei pentru necesitățile de igienă corporală din schizofrenie și demențe (care nu au la bază un mecanism fobic, ci unul de neglijare, de abandonare, a propriei persoane). Acvafobia se întâlnește în nevroze și în dizarmonii ale personalității, neavând o semnificație patologică deosebită atita timp cit este unică și de intensitate redusă.

227. **ACYANOPSIE ACIANOPSIE** (cf. gr. *a-* ; *kyanos* „albastru” ; *opsis* „vedere”) ● Tip de cecitate cromatică, rar întâlnită, care vizează culoarea albastră ; element util unor diagnostice diferențiale.

228. **ADAMANNIDIS — BEHÇET^(S) sindrom**

—sin. AFTOZĂ BEHÇET ; GILBERT-BEHÇET^(S) sindrom ; MAREA AFTOZĂ TOURAINS ; OCULO-BUCO-GENITAL^(S) sindrom ; TRIPLU SINDROM BEHÇET^{sin.} → BEHÇET^(S) sindrom.

229. **ADAMANTADINA** ● Amină triciclică cu dublă acțiune antiparkinsoniană și antivirală.

Efectul antiparkinsonian se realizează atit asupra afecțiunii in sine, cit și asupra sindromului parkinsonian de origine medicamentoasă (determinat de neuroleptice). Efectele favorabile asupra rigidității parkinsoniene și asupra dispoziției subiectului par a fi datorate eliberării dopaminei din terminațiile dopaminergice, in special la nivel nigrostriatal. Efectul terapeutic se instalează in câteva zile, după care intensitatea acțiunii scade, ceea ce justifică administrarea pe durată scurtă, de 2—3 săptămîni, alternativ cu terapia tradițională. Se absoarbe pe cale digestivă și este eliminată ca atare urinar, alterarea funcției renale determinînd acumularea substanței in organism. Comparativ cu levo-dopa beneficiul terapeutic este mai slab, dar toleranța este mai bună, iar efectele secundare sînt mai reduse, pasagere și întotdeauna reversibile. Eventualele reacții adverse sînt favorite de asocierea cu agenți anticolinergici, cu levo-dopa, și de administrarea la persoane cu antecedente psihiatrice.

Efectele secundare sînt reprezentate de excitație, irascibilitate, insomnii, incapacitate de concentrare, atonie, convulsii, tulburări de vorbire, de vedere, digestive, retenție urinară, apariția la nivelul extremităților a aspectului de „livido reticularis” prin efectul vasoconstrictor al catecolaminelor eliberate ; retenția hidrică poate determina edeme periferice, insuficiență cardiacă. Dozele mari sau prezența

condițiilor favorizante expuse mai sus generează stări de agitație psihomotorie, halucinații, stări confunzo-onirice. Este contraindicată sau va fi administrată in doze mici la subiecți cu stări confuze sau halucinatorii, la epileptici (putînd agrava simptomatologia), in ateroscleroză, afecțiuni hepatice, cardiace sau renale, in sarcină și in timpul alăptării. Nu este indicat a fi utilizată in ambulator la persoanele ale căror profesii necesită coordonare psihomotorie, atenție concentrată, precizie. Nu se asociază cu excitante ale sistemului nervos central, anorexigene, simpatomimetice. Doze mici se pot asocia cu levo-dopa la persoanele ce tolerează greu această substanță, precum și cu antiparkinsoniene, anticolinergice. In cursul tratamentului, este interzis consumul de alcool.

230. **ADAMISM** ● Formă rară de exhibiționism masculin, constînd in apariția bruscă a individului, complet dezbrăcat, intr-o adunare feminină numeroasă, manifestare avînd caracter demonstrativ, infantil. Unii autori au apropiat in mod nejustificat triolismul (plăcerea de a avea contact sexual in fața mai multor persoane) de această perversiune. ○ formă rleativ benignă de adamism este pătrunderea subiecților nudiști in solarile rezervate femeilor.

231. **ADANTOL^(M) Brazilia** — DCI *Isotipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)-10H-pirido[3,2-b]/1,4/benzotiazină, cu acțiune dublă : neuroleptic-sedativă și antihistaminică — ambele valențe moderate și cu efecte secundare minime, ceea ce conferă produsului o gamă largă de utilizare.

232. **ADAPIN^(M) S.U.A.** — DCI *Doxepină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzoxepin^{sin.}ic → DOXEPINA^(M) România.

233. **ADAPTARE** (cf. lat. *adaptare*) ● Deși caracterizează întreaga materie vie și definește una dintre trăsăturile fundamentale ale acesteia, aceea de a se adapta morfologic și funcțional la caracteristicile mediului filo- și ontogenetic, adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalității umane. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul, pentru a putea „răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau a unor

experiențe noi" (SUTTER). Procesul de adaptare, este în cazul ființei umane, biunivoc, avînd și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea în funcționare. În 1907, H. SELYE introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă — stress. Termenul a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat, în context, o adevărată patologie legată atît de adaptare, cit și de stress ; deși aceasta nu mai este în legătură directă

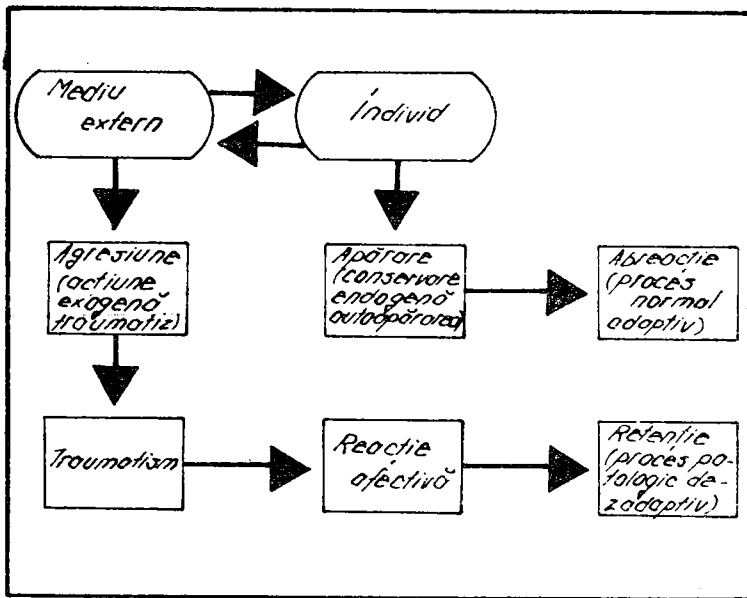
prezent pentru a se adapta la viața pe care este chemat să o trăiască" reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală” rămîn problema fundamentală, alături de funcțiile prin care acestea se realizează.

A. MEYER va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată.

Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerînd inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresiunea ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțînd la adaptare la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

J. STAROBINSKI descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate :

Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, între răspuns și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind



cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

CAMPBELL arată că „diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și dificultățile sale interioare, cu experiența din trecut și cu cea din

mult mai intens decît ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări, în care acest proces se amplifică atît vertical (în dimensiunea temporală), cit și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale,

resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului”. După ENĂCHESCU, nevrozele ar apărea ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

În procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare, ca mecanism fundamental declanșator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacționiste ale psihiatriei americane din deceniile 4—6, ca și antipsihiatria). Dezadaptarea este aici un efect, și nu o cauză a bolii.

234. ADAPTARE MINTALĂ ● Termen din psihologia piagetiană, semnificând o echilibrare a schemelor asimilative, prin acomodarea continuă la datele noi. Autorul susține superioritatea adaptării cognitive față de orice alt tip de adaptare, deoarece nu este grevată de încercare și eroare, ca adaptarea organică, și-și construiește un „mediu” infinit mai întins și mai stabil, instrumentat operațional. Experiența și rațiunea sînt astfel situate într-un raport de interdependență indestructibil.

O altă caracteristică remarcabilă a adaptării mintale este capacitatea ei de modelare, care reprezintă o extindere a acomodării chiar pe terenul aleatorului. Autorul afirmă că avansul funcțiilor cognitive, față de echilibrul aproximativ pe care organismul îl realizează, este lucrul cel mai surprinzător și mai semnificativ.

Punctul de vedere al lui J. PIAGET (1967) este interesant nu numai ca o posibilitate de modelare analogică a unor procese deosebit de complexe, ci și ca o perspectivă antropologică optimistă, care subliniază superioritatea adaptării filogenetice. Privite ca o prelungire a reglărilor organice, funcțiile cognitive se constituie în această viziune ca un „organ diferențial” al adaptării la mediul exterior.

235. ADAPTARE SENZORIALĂ ● Termen folosit în psihofiziologia senzorială pentru a desemna proprietatea receptorilor de a răspunde din ce în ce mai slab la stimulii repetați, de intensitate constantă.

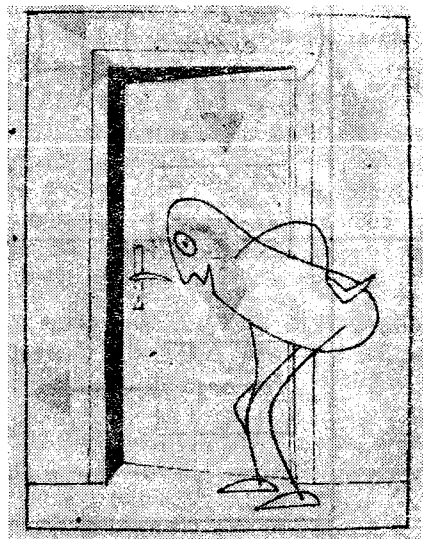
În neurofiziologie, în accepțiunea dată de ADRIAN, prin adaptare se înțelege reducerea asimptotică a ritmului impulsurilor nervoase inițiale de la nivelul unui neuron senzitiv, ca rezultat al administrării unei stimulări constante a receptorului corespunzător.

În funcție de variațiile nivelului de excitabilitate-sensibilitate, se descriu :

- adaptarea senzorială negativă (analizator cu sensibilitate scăzută + stimuli puternici) ↓
- adaptarea senzorială pozitivă (analizator cu sensibilitate crescută + stimuli slabi) .

Mecanismele de reglare implicate sînt periferice (care țin de receptori) și centrale (care modelează adaptarea senzorială, prin facilitare sau frînare, în funcție de valoarea de semnalizare). Dintre toți receptorii, analizatorul vizual posedă cel mai larg registru adaptativ (proprioceptorii sînt greu adaptabili, iar cei cutanați și olfactivi — ușor adaptabili), cu capacități de adaptare la lumină și întuneric, la distanță și apropiere — posibilități care sînt utilizate în practica neurologică pentru testarea integrității unor structuri cerebrale.

În psihiatrie, modificările adaptării senzoriale însoțesc majoritatea tulburărilor psihice, fiind adesea fundalul pe care se desfășoară restul tabloului simptomatologic. Adaptarea senzorială este, în unele afecțiuni, și un semn clinic valoros.



Astfel, în nevroze, „slăbiciunea iritabilă” se manifestă și prin scăderea pragurilor senzoriale, în special a celui auditiv, ca și printr-o creștere a sensibilității interne (viscerale). Aceste modificări sînt acuzate cu insistență de subiect, fiind uneori nucleul simptomatic al întregii patologii.

În dizarmoniile personalității, adaptarea senzorială a psihastenicului și astenicului suferă modificări puțin culmina cu fenomene de desomatizare și derealizare.

În intoxicații, dezadaptarea senzorială este legată de natura toxicului și de gradul de dependență. Astfel, în intoxicația cu psihodislepțice, informația senzorială se desemnifică, controlul și ordonarea se reduc la maximum în favoarea perceptualizării, pragurile senzoriale sunt reduse semnificativ, stimulii subliminali puțin declanșa o avalanșă de senzații. Simultanitatea manifestărilor de mai sus cu cele care se realizează uneori în condițiile izolării senzoriale lasă să se întrevadă mecanismele acestor tipuri de dezadaptare senzorială.

Stările confuzionale provoacă dezadaptare senzorială nu numai prin marile tulburări neurovegetative de care sînt însoțite, ci și prin scăderea gradului de vigilitate, care duce la o creștere a pragurilor senzoriale, însoțită uneori de apariția unei productivități senzoriale paralizate. Tot pe fondul tulburărilor nivelului de conștiință hipnagogic și hipnompnic se pot produce modificări de adaptare senzorială, în sensul creșteii pragurilor de senzorialitate, cu apariția unei productivii halucinatorii.

Stările afective provoacă nu numai modificări ale nivelurilor pragurilor senzoriale, ci și modificări calitative ale senzațiilor, în sensul percepției cu preponderență a acelor aspecte care sînt congruente cu sensul timiei.

În schizofrenii, adaptarea senzorială suferă aceleași distorsiuni ca și întreaga viață psihică.

Patologia organică asociază tulburările degenerative de la nivelul analizatorilor cu destrucțiuni la nivel central, creînd o patologie de interferență, în care dezadaptarea senzorială nu mai este doar o consecință a tulburărilor mintale, ci devine agentul cauzal al acestora. Dezadaptarea senzorială capătă note specifice, fiind afectați cu precădere analizatorii olfactivi și tactili (referitor la ultimii, mai ales cei din zonele erogene).

Sîntem de acord cu opinia acelor autori care susțin că nota specifică a patologiei de involuție este dată, de fapt, de lenta dezafierentare senzorială, care-l dezadaptează pe subiect din sistemul realității.

236. ADAPTARE SOCIALĂ • Deși definită cu dificultate și oarecare imprecizie, adaptarea socială a reprezentat dintotdeauna un criteriu de definire a sănătății mintale. În termeni generali, se poate spune că adaptarea socială reprezintă un proces al acunulării

și condensării în timp a reacțiilor de interdicție interpersonală, un proces de integrare activă a persoanei în micr- și macrocolectivitatea în care trăiește. Ea este în strînsă legătură cu conceptul de sociabilitate.

Capacitatea individului de a realiza raporturi pozitive cu ceilalți (inclusiv cele de conveniență) reprezintă capacitatea de acomodare a acestuia la un mediu dat.

Desfășurată în raport cu perioadele existente, adaptarea socială are note specifice în funcție de vîrstă, individul integrîndu-se treptat la diferite niveluri cu o structură din ce în ce mai complexă.

De la mediul familial la cel școlar și apoi la cel profesional, individul uman suferă o serie de remodelări succesive, trebuînd să renunțe la anumite obiceiuri, atitudini, valori și interese, pentru a-și însuși în permanentă altele noi, acceptate și respectate de grupul social. Deși relațiile interumane au un rol major în adaptarea socială, nu numai ele o influențează și intervine și influența factorilor de mediu, care, ca și în cazul altor forme de adaptare, pot determina așa-numitele „boli de adaptare”, în care întregul echilibru adaptativ pare depășit.

Adaptarea socială este în strînsă relație cu particularitățile psihice ale individului și suferă influențe importante atunci cînd acestea sînt modificate de boală. Adaptarea nu poate fi concepută ca un criteriu de reușită socială, ci ca un factor de stabilitate și continuitate a efortului, ca o aspirație permanentă spre valorile grupului. Celebra formulă schneideriană, prezentînd psihopatul drept „cel care face să sufere societatea”, semnifică în esență inabilitatea acestuia de a se adapta la exigențele sociale. Pe de altă parte, H. BARUK atrage atenția asupra faptului că supraadaptării social, care se integrează cu ușurință în orice situație, nu pot fi asimilați cu conceptul de personalități armonice, lipsa de inițiativă și creativitate, incapacitatea de a formula puncte de vedere, lipsa spontaneității neputînd fi asimilate cu valori pozitive. Y. PELLIER (1978) arată că, în perioadele istorice agitate, „cînd fanatismul și pasiunile tîn loc de judecată și rațiune”, s-au putut vedea psihopați care au jucat un rol politic (limitat) și aparenta lor reușită demonstrează însă nu adaptarea socială la o condiție excepțională, ci doar dezorganizarea structurilor sociale, care astfel se suprapun cu însuși dezorganizarea lor.

Luată drept criteriu în definirea unor boli psihice, adaptarea socială reprezintă pentru psihiatria americană, orientată net spre as-

pectul pragmatic, o coordonată majoră, care este descrisă atît sub aspectul cantitativ, cît și sub cel nuanțat calitativ.

În opoziție cu gravele disfuncții pe care psihozele le generează în adaptarea socială a individului, trebuie accentuat faptul că reintegrarea și readaptarea socială reprezintă evidente criterii ale unei evoluții favorabile și ale unei remisii de bună calitate și, prin aceasta, o pirghie terapeutică majoră.

237. **ADAPTOL**^(M) Spania — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă)-10, 10-dimetil-9,10-dihidroantracena, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

238. **ADAZINE**^(M) S.U.A. — DCI *Trifluorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-Dopa. Influențează reacțiile conducătorilor auto.

239. **ADDISON**^(B) *boală* ● Endocrinopatie datorată glandelor cortico-suprarenale, descrisă pentru prima dată de medicul englez THOMAS ADDISON (1793—1860). Este mai frecventă la adulții tineri sau de vîrstă medie, cu predominanța sexului masculin. Insuficiența se datorește atrofiei primare sau secundare a glandelor suprarenale, în urma unor afecțiuni (de exemplu, tuberculoza), rezultînd o producție scăzută de steroizi (cortizol, aldosteron, androgeni) și avînd ca efecte pierderea de sodiu, retenția de potasiu, deshidratarea extracelulară și glicemia scăzută. Din punct de vedere clinic, simptomele debutează lent, progresiv, cu astenie, inapetență, scădere în greutate, hiperpigmentarea suprafețelor expuse (mai ales la cutele de flexiune și în jurul unghiilor), scăderea libidoului cu impotență la bărbați, amenoree la femei, rezistență diminuată la stress, sensibilitate crescută la infecții, hipotensiune arterială, frecvente sincope, fenomene de hipoglicemie, predispoziție la convulsii — EEG cu anomalii frecvente (unde lente de amplitudine crescută, difuz înregistrate). De notat criza addisoniană care reprezintă o exacerbare a simptomatologiei mai sus menționate, apărută spontan sau secundar unor infecții, expunerii la temperaturi scăzute sau datorată administrării de droguri (morfină, agenți anestezici). Se manifestă prin febră;

vomă, dureri epigastrice, colaps, deshidratare. Din punct de vedere psihic, este de remarcat directă proporționalitate între gravitatea tulburărilor endocrine și a tulburărilor psihice, care, în cadrul crizelor addisoniene, merg de la sindroame nevrotiforme pînă la tulburări acute de conștiință (psihosindrom organic acut). Sindromul nevrotiform din cursul bolii Addison, manifestat prin astenie, fatigabilitate, inițiativă diminuată, bradipsihie (hipoprosexie, hipomnezie, diminuarea fluxului ideativ cu un conținut tematic sărac și monoton), trebuie diferențiat de: neurastenie, sindroame astenice din cadrul altor boli somatice și de unele forme de debut ale unui proces schizofrenic (sugerat de aspectul de indiferență, anergie mentală și sărăcirea gândirii) — ENGEL (1941), CLEGHORN (1957). Au fost descrise tulburări de afectivitate și comportament manifestate prin opoziționism, iritabilitate, irascibilitate, depresie, instabilitate sau apatie — DRAKE (1957), MERY (1960), precum și tulburări psihotiforme: sindroame paranoide acute și cronice, stări halucinatorii, psihoze schizofreniforme — CLEGHORN (1951). De asemenea, trebuie amintit și aspectul de tulburare acută de conștiință, apărut în cadrul crizelor addisoniene: debut prin stare de iritabilitate crescută, angoasă, coșmaruri, iar în perioada de stare se realizează tabloul stuporului addisonian — bolnav imobilizat, confuz, uneori cu crize convulsive, stare de colaps, deshidratare, insuficiență circulatorie periferică.

MICHAEL și GIBBONS (1963) au descris, la 3/4 din subiecții observați, structuri de tip psihopatoid (în decursul evoluției insidioase și lent progresive a bolii), cu sărăcirea gândirii și afectarea memoriei recente. În sfîrșit, s-a constatat că administrarea de cortizon poate declanșa în primele zile ale tratamentului manifestări psihice pînă la intensitate psihotică (mai frecvent de aspect maniacal), care se remit spontan.

Diagnosticul diferențial, din punct de vedere somatic, se face cu insuficiența hipofizară, pelagra, hemocromatoza, TBC pulmonar, iar din punct de vedere psihiatric, cu neurastenia, schizofrenia, demența incipientă. Prognosticul afecțiunii este bun datorită posibilității administrării terapiei cortizonice de înlocuire.

240. **ADEC VAT** (cf. lat. *adaequatus* „adus la egalitate”) ● Operație prin care se stabilește un raport de concordanță (corespondență) între actele cognitive și realitatea pe care acestea o reflectă și eliminarea deformărilor subiective prin articularea unor cunoștințe

re-stau într-o relație de cit mai deplină corespondență față de realitatea referențială. Într-un sens mai cuprinzător, inițierea unei acțiuni sau adoptarea unui comportament care se conformează (se înscrie în mod firesc, se adaptează armonios) unui ansamblu precis de reguli; stabilirea unei concordanțe între conduita subiectului și modelul praxiologic instituit de către autoritatea unui sistem normativ.

În fiziologie, se referă la corespondența dintre stimul și răspuns. În psihiatrie, „răspunsul adecvat” are aparent sensul fiziologic, dar prin pierderea corespondenței dintre stimul și răspuns, capătă un caracter aparte, putînd îmbrăca o înfinitate de nuanțe. Astfel, reacțiile cu caracter psihopatologic sînt cele în care nu se mai poate stabili un raport coerent, de adecvare, între eveniment și trăirile sau comportamentul subiectului. Acest raport inadecvat poate avea drept determinant starea de boală sau dizarmoniile de personalitate și poate îmbrăca cele mai diferite aspecte. Trebuie subliniată în acest context, imposibilitatea psihopatului de a se armoniza cu un sistem de reguli.

Calitatea, acuratețea, adecvarea răspunsului par pentru începător elemente ușor sesizabile și de valoare, în stabilirea diagnosticului și ele devin însă o adevărată povară pentru specialistul cu experiență, care, deși are deja creat un sistem (model) unitar de lucru, va fi totuși copleșit, la un moment dat, de multitudinea variantelor, de bogăția nuanțelor și chiar de propria sa experiență, aceste fapte putîndu-l pune în fața unor situații infinite mai grele în elaborarea diagnosticului.

241. ADEFAGIE (cf. gr. *aden* „glandă” și *phagein* „a minca”) ● Termen fără utilizare curentă, fiind înlocuit de sinonimul BULIMIE.

242. ADEGADINA^(M) Columbia — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α - α -dimetilfenililamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

243. ADELOMORFĂ^(H) halucinație (cf. gr. *o-* și *delos* „evident” și *morphe* „formă”) ● Halucinații de tip vizual, caracterizate prin absența unui contur net al imaginilor, care sînt difuz delimitate. Halucinațiile vizuale psihice au mai des acest caracter imprecis decît cele psihosenzoriale.

244. ADEMONIE (cf. gr. *o-* și *daimon* „ființă supranaturală”) ● Termen utilizat în psihiatria preclasică, pentru a desemna depresia agitată.

245. ADENOCORTICOIZI-ADENOCORTICOSTEROIZI — hormoni ^{sin.} → CORTICOIZI-CORTICOSTEROIZI.

246. ADENOHIPOFIZĂ (cf. gr. *aden* „glandă”; *hypo* „sub”; *physis* „creștere”) ● Una dintre cele mai importante glande endocrine din organism („regina glandelor”); importanța ei deosebită este marcată atît prin numărul mare de hormoni pe care îi secretă, cit și prin controlul pe care aceștia îl exercită asupra activității altor glande endocrine. Hormonii glandulotropi și endocrinotropi, prin care hipofiza anterioară domină fiziologia endocrină, sînt: ACTH — hormon adenocorticotrop, care controlează secreția cortico-suprarenală de glucocorticoizi și 17-cetosteroizi androgeni; TSH — hormonul tireotrop, care stimulează sinteza și eliberarea de hormoni tiroidieni și FSH, LH (ICSH) — hormonii gonadotropi, care influențează activitatea gonadelor.

În afara hormonilor glandulotropi, adenohipofiza mai secretă: STH — hormonul de creștere sau somatotrop, prolactina sau hormonul luteotrop (LTH) și hormonul melanocitostimulator (MSH).

Reglarea secrețiilor adenohipofizare se realizează printr-un dublu mecanism, nervos și umoral. Controlul nervos este realizat de centrul hipotalamic, stimulați la rîndul lor direct sau reflex. Influența hipotalamică se realizează prin intermediul neurosecrețiilor, care ajung la adenohipofiză printr-o legătură vasculară particulară (sistemul port-hipofizar, descris de POPA și FIELDING). Mecanismul umoral este realizat cu un retrocontrol negativ, determinat de concentrația hormonilor periferici circulanți. Date fiind numeroasele conexiuni anatomico-fiziologice dintre hipofiză și diencefal, este dificil de delimitat rolul fiecărui stimul în parte. Ambele mecanisme au răsunit în patologia psihică, dar cele mai multe dintre tulburări apar, de fapt, într-un anumit context clinic neurendocrin, acesta reprezentînd factorul etiologic determinant al afectării psihice.

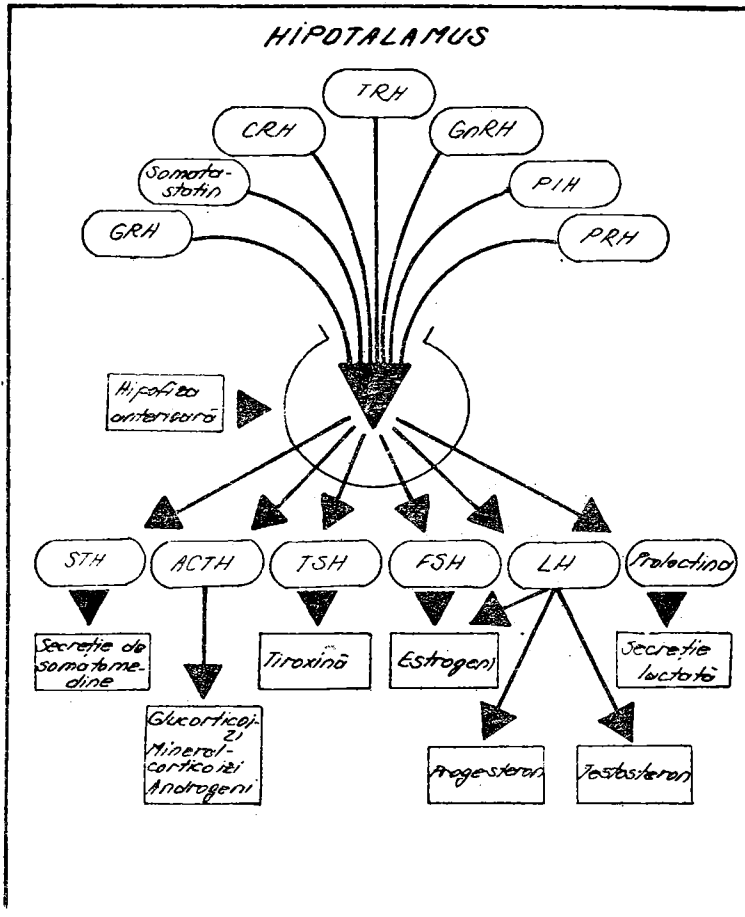
Influențele hormonilor adenohipofizari asupra funcționalității sistemului nervos central au fost demonstrate experimental și clinic, în cursul afecțiunilor însoțite de hiper- sau hiposecreția hipofizară. Astfel, afecțiunile tumorale ale glandei pot determina apariția fe-

nomenelor de hipertensiune intracraniană, a sindroamelor hipotalamice, cefaleei, tulburărilor de vedere și a semnelor de iritație meningeală.

În ceea ce privește relația adenohipofizei cu viața psihică (după cum arată C. I. PARHON,

cantitative în secreția adenohipofizei capătă expresia psihopatologică :

- în cazul hipofuncției (generatoare de triplă insuficiență tiroidiană, suprarenaliană și gonadică) apar : bradipsihie, scăderea nivelului timiei, hipodinamie ■



A acțiunile hormonilor adenohipofizari și controlul hipotalamic al secreției hipofizare.

nici una dintre funcțiile psihice nu rămâne neinfluențată de hormoni), ea este confirmată pînă în prezent de o experiență clinică bogată, în care factorul endocrin trebuie căutat și interpretat în interacțiunea dintre hormoni și ceilalți factori. Astfel, modificările

- în cazul hiperfuncției de STH se produce ■
 - acromegalie la adult, concomitent cu depresie reactivă la dismorfism, reacții paranoide, apatie, hipodinamie ■
 - gigantism la copil, concomitent cu imaturitate psihoemoțională, astenie, tulburări de tip obsesional.

În legătură cu prolactina, există interesante cercetări experimentale (LEBLOND, NELSON), care au urmărit efectele hipofizectomiei asupra condiționării comportamentului matern. Astfel, la șoarecii de laborator acesta nu dispăre, cum se întâmplă la alte specii, de exemplu la pisici (POSTELNICU), demonstrând variabilitatea rolului pe care factorii hormonalii îl joacă în determinismul instințelor, respectiv al sentimentului matern.

247. ADENŌZINFOSFAȚI ● Nucleotide care, prin structura lor chimică, sînt săruri ale acizilor adenozinfosforici, formate din adenină, pentoză și acid fosforic. Se cunosc: adenozinmonofosfații (AMP), adenozindifosfații (ADP) și adenozintrifosfații (ATP). Acești compuși, mai ales ATP, au un rol deosebit de important în procesele energetice celulare, reprezentînd o formă de depozit a energiei eliberate prin catabolizarea glucidelor, lipidelor și proteinelor. În ATP, energia este înmagazinată sub formă de legături chimice particulare, numite legături macroergice. Ruperea acestor legături, sub acțiunea unor enzime specifice, pune rapid la dispoziția celulei o cantitate mare de energie, care este utilizată sub formă de energie mecanică (contractie musculară), energie electrică (transmitere neuronală), energie calorică, energie necesară sintezelor celulare, dezvoltării și integrării structurilor celulare. Activitatea nervoasă, ca proces vital, presupune schimburi ionice la nivel membranal, care nu se pot desfășura în lipsa acumulatorului energetic — ATP. De asemenea, au fost formulate presupuneri privind efectul depresor al adenozinfosfaților în activitatea spontană și evocată a neuronilor cerebrali, în diverse teritorii — cortex, măduvă, trunchi cerebral, hipocamp, corpi striați (POPOVICIU). Acțiunea depresoare a adenozinei pare a sugera intervenția acesteia în determinismul stării de somn, ca și interferențe farmacologice cu unele substanțe antidepresive.

248. ADEPRESS^(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ^{sin.} → AMITRIPTILINA^(M) România.

249. ADEPRESSINA^(M) Italia ● Produs terapeutic care conține trei produși farmaceutici tipizați, cu acțiune diferită, dar care se completează:

- IMIPRAMINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\frac{1}{2}$
- DEANOL GLUTAMAT^(M) — psihostimulent, derivat feniletilaminic $\frac{1}{2}$
- PIRIDOXINA^(M) — vitamina B₆, trofic al celulei nervoase.

Are acțiune antidepresivă și psihostimulentă.

250. ADEPRIL^(M) Italia ● Antidepresiv timoleptic ^{sin.} → AMITRIPTILINA^(M) — România.

251. ADEPRIM^(M) Belgia — DCI *Quinupramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-(3-quinuclidinil)-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă moderată, cu valențe anxiolitice sedative. Nu se asociază cu IMAO.

252. ADEPSIQUE^(M) Mexic ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, a căror acțiune se completează:

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\frac{1}{2}$
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat dibenzodiazepinic $\frac{1}{2}$
- PERFENAZINA^(M) — neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresivă, sedativ-anxiolitică.

253. ADEVĂR (cf. lat. *ad-*; *de-* $\frac{1}{2}$ *verum* „adevăr“) ● În opoziție cu FALSUL, desemnează concordanța (corespondența) între cunoștință și realitate, între actele cognitive ale subiectului și obiectul cunoașterii. Ca atare, adevărul este o caracteristică a cunoștințelor ce reflectă în mod adecvat realitatea și nu este un atribut al realității referențiale. În dezvoltarea istorică a cunoașterii s-au conturat câteva modalități privilegiate de definire a criteriilor de adevăr.

Cea mai veche (formulată în expresie clasică de către ARISTOTEL) este teoria adevărului înțeles ca deplină corespondență între judecăți și obiectele din realitate la care se referă. Acest criteriu a fost întotdeauna subînțeles sau acceptat în mod explicit în sfera cunoașterii empirice și în științele factuale (experimentale).

Reflecția epistemologică inspirată de științele formale (logica și matematica) adoptă

drept criteriu de adevăr propriu acestui domeniu specific de cunoaștere, coerența — caracterul necontradictoriu al judecăților formulabile și demonstrabile într-un sistem axiomatic. Conform acestui punct de vedere, adevărul logico-matematic depinde exclusiv de rigoarea lăuntrică a raționamentului, definindu-se ca „acord al gândirii cu sine însăși” (KANT).

Luind drept ipostază privilegiată a cunoașterii științele tehnice și acționale, pragmatismul (PIERCE, JAMES, DEWEY) concepe adevărul într-o manieră instrumentalistă sau operațională, adoptând criteriul reușitei practice, care investeste cu atributul adevăr cunoștințele ce sugerează pe plan acționar strategii eficiente. Această pluralitate a criteriilor de adevăr angajează direct străvechea dispută filozofică privind caracterul absolut sau relativitatea adevărului. Concepțiile dogmatice susțin posibilitatea enunțării unor adevăruri definitive, sustrate oricărei problematizări, revizuirii critice sau contestații. În opoziție radicală, se situează concepțiile sceptice și cele agnostice, care — cu argumente și accente diferențiate — atestă relativitatea de neînălțurată a cunoașterii, respingând valabilitatea oricărei tentative de acces la adevăruri absolute.

Astfel înțeală, relativitatea cunoștințelor nu exclude totuși unele elemente de adevăr absolut, inerente oricărui adevăr relativ, datorită conținutului obiectiv al cunoștințelor. Din această perspectivă, materialismul dialectic exprimă pluralitatea criteriilor de verificare a adevărului, prin caracterul diferențiat și specific al cunoașterii în cadrul marilor încrengături ale științei, insistind totuși asupra priorității epistemologice ce revine ideii adevăr-corespondență.

Problema adevărului îmbracă în psihiatrie aspecte dintre cele mai diferite, pornind de la considerarea bolii psihice ca o falsificare a realității, cu plasarea subiectului într-o lume neadevărată, ajungând pînă la dichotomia irezolvabilă, după unii autori, confabulație-minciună.

Bolnavul halucinant își va considera producția senzorială adevărată, atribuindu-i capacitatea de a-i oferi informații despre lume. Deși această ipostază este evident falsă, au existat autori și păreri asupra inexistenței halucinațiilor ca fenomen patologic și de acreditare a lor ca o altă modalitate de percepere a realului.

Mitomania, denaturare evidentă a traseului existențial al individului, deși în termeni absoluți este complet diferită de adevăr, nu poate fi asimilată decit în plan general minciunii, datorită caracterului ei impulsiv, lipsit de un scop sesizabil (altul decit o eventuală punere în valoare a subiectului). Mitomanul funcționează conform unui adevăr propriu, cameleonic și circumstanțial, care însă diferă, în esență, de minciună.

Paranoicul își creează și el un adevăr propriu, sistematizat și rezistent la proba realității, pe care fie nu o acceptă, fie o denaturează, remodelind fiecare parametru prin interpretare. Aparent luptător pentru adevărul propriu, el va evita (ca și mitomanul) situațiile decisive, de confruntare, a sistemului său cu acela al celorlalți, față de care oricum nutrește un dispreț mai mult sau mai puțin ascuns. El trăiește într-o lume de postulate, al căror singur garant se erijează ca deținător unic al adevărului.

254. ADEZIVITATE (cf. fr. *adhésivité*) ● Particularitate de comportament a bolnavilor epileptici (modul de manifestare a relației lor cu anturajul, tenacitatea cu care caută să-și impună punctul de vedere sau să-și revendice anumite drepturi), asociată cu lentoarea și viscozitatea lor cognitiv-afectivă. F. MIN-KOVSKA în 1923, care a studiat arborele genealogic al unei familii de epileptici pe șase generații, pornind de la un strămoș epileptic, condiționează constituția epileptoidă de caractere bipolare: stare de aglutinare, pe de o parte, și explozivitate, crize convulsive, pe de altă parte. Autorii moderni consideră vechiul concept al personalității epileptice, un artefact datorat observației reduse și selective asupra unor cazuri de subiecți instituționalizați pe lungi termene, atribuind modificările de personalitate unor forme de hospitalism sau considerându-le aspecte ale psihosindromului organic cronic (GOLDSTEIN, LISHMANY, GUERRANT (1962) trece în revistă evoluția conceptelor prin care au fost definite tulburările psihice din epilepsie, stabilind patru perioade: pînă în 1900 — conceptul deteriorării epileptice; între 1900—1930 — conceptul personalității epileptice; după 1930 — conceptul de normalitate; iar după 1948 — conceptul particularităților psihomotorii, datorat perfecționării și elaborării studiilor electrofiziologice (EEG), în asocieri cu manifestările clinice. GIBBS stabilea (1951) legătura dintre tablourile psihice și epilepsia psihomotorie. Cu toate aceste puncte de vedere

diferite, anumite particularități ale manifestărilor psihice din epilepsie rămân o realitate clinică, fiind datorate modului specific de integrare a subiectului în familie și societate, ca efect al activității bioelectrice anormale, al crizelor convulsive, precum și al medicației anticonvulsivante de lungă durată.

255. ADIADOCOKINEZIE (cf. gr. *a-* și *diadochos* „succesiv”; *kinesis* „mișcare”) ● Imposibilitatea sau alterarea (diminuarea) capacității de a efectua mișcări alternative, succesive sau opuse într-un ritm normal (rapid). Este unul dintre elementele definitorii ale sindromului cerebello-kinetic. De obicei, se pune în evidență în clinică, prin două probe clasice: proba marionetelor și cea a flexiei și a extensiei degetelor în pumn.

256. ADIAFORIE (cf. gr. *a-* și *diaphora* „diferență, diversitate”) ● Termen utilizat pentru a desemna apatia, indiferența, nepăsarea, pasivitatea, insensibilitatea, lipsa de interes. Întilnită în depresii majore, reacții, schizofrenie, demențe și poate apărea cu o intensitate moderată și în astenie, epuizare, dar și ca element de simulație.

257. ADICȚIE (cf. lat. *addictus* „înrobît” și engl. *addict* „a se daa unui viciu”) ● Dependența compulsivă la un drog, cu tendința creșterii progresive a dozelor, a cărei origine psihologică se află într-o structură dizarmonică a personalității. Dependența fizică la drogul respectiv este o consecință evolutivă obligatorie a dependenței adictive, de unde apariția sindromului de abținere la întreruperea administrării acestuia → ALCOOLISM, DEPENDENȚĂ, TOXICOMANIE.

258. ADICȚIE CICLICĂ^(B) sindrom ● Sindrom întilnit mai frecvent la femei, constind în apariția ciclică a unor episoade depresive, caracterizate prin idei depresive și conșom în exces de băuturi alcoolice și alimente. Între accesele depresive, comportamentul este normal, uneori chiar ascetic. Explicația psihanalitică oferită de WULFF, care a descris acest sindrom, ar fi un conflict preoedipian, cu ură înconștientă împotriva mamei și, în general, împotriva feminității. Se întilnește ca sindrom de intensitate nevrotică, dar apare și în cadrul schizofreniei.

259. ADICȚIE POLIChIRURGICALĂ ● Desemnează comportamentul unor subiecți care solicită, nemotivat obiectiv (și, din păcate, uneori reușesc să convingă), numeroase intervenții chirurgicale; se întilnește în dezvoltările hipocondriace de intensitate psihotică (→ PARANOIA SCHIPKOWENSKI) și în patologia de tip isteric (→ MÜNCHHAUSEN^(S) — sindrom).

260. ADIFUGE^(M) Elveția ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- AMFETAMINA^(M) — noanaleptic, derivat feniletilaminic;
- ATROPINA^(M) — parasimpaticolitic.

Are acțiune psihostimulentă, parasimpaticolitică.

261. ADINAMIE (cf. gr. *a-* și *dynamia* „forță”) ● Scădere accentuată a forței musculare, ce apare în perioada de stare sau convalescență a unor boli organice. Termenul se folosește de cele mai multe ori, în literatura psihiatrică, ca sinonim al ASTENIEI →, apărind ca simptom în multe afecțiuni psihice și somatice.

262. ADINAMIE EPISODICĂ EREDITARĂ — sin. GAMSTROP-INGRID^(B) boală → PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ.

263. ADIPAN^(M) Elveția — DCI *Amfepramona* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE^(DCI).

264. ADIPEX^(M) S.U.A. ● Psihostimulent anorexigen → ADEGADINA^(M).

265. ADIPO^(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazina* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpatomimetice reduse, indicat în astenie, prezenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală și contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comitalitate.

266. ADIPOMIN^(M) Elveția — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpatomimetică de tip N-etil-metil-m-(trifluoro-

metil) fenetilamină Ț există pericolul dependenței.

267. **ADIPOSETTEN^(M)** R.F.G. — DCI *Co-tină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudo-fedrine, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

268. **ADIPOZĂ DUREROASĂ** (cf. lat. *adeps* „grăsimă” Ț fr. *adipose*) — sin. **ANDERS^(B)** boală sin → **DERCUM^(B)** boală.

269. **ADIPOZO-GENITAL^(S)** sindrom — sin. **BABINSKI-FRÖHLICH^(S)** sindrom Ț **HIPOFIZOTALAMIC^(S)** sindrom Ț **LANGER^(S)** sindrom Ț **LAUNOIS-CLERT^(S)** sindrom ● Disfuncție diencefalo-hipofizară, caracterizată clinic prin obezitate cu adipozitatea dispusă după o topografie ginoidă (realizând la bărbați „habitus ginoid”), infantilism genital, polifagie, polidipsie. Hipogonadismul se manifestă prin regresivitatea caracterelor sexuale secundare, amenoree, dispariția libidoului și impotență sexuală. În etiologie sînt incriminate tumori hipofizare și leziuni inflamatorii hipotalamice. Manifestările psihice care însoțesc sindromul sînt: astenie, fatigabilitate, somnolență, dificultate în luarea deciziilor, scăderea inițiativei, indiferentism afectiv. Pot apărea stări depresive și schizofreniforme.

270. **ADIPSIE** (cf. gr. *a-* Ț *dipsa* „sete”) ● Lipsa senzației de sete. Poate fi întilnită în depresii majore, stări confuzionale, demențe Ț fenomenul necesită a fi cunoscut datorită dezechilibrului hidric pe care-l provoacă, care poate complica tabloul clinic.

271. **ADIPYN^(M)** Elveția ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → **AMFEPRAMONE^(DCI)**.

272. **ADISTOP C^(MC)** Elveția ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, care se completează. Este compus din:

● **CATHINA^(M)** — nooanaleptic, derivat feniletilaminic Ț

● **CAFEINA^(M)** — stimulent psihomotor. Are acțiune stimulent-psihomotorie.

273. **ADJECTIVE** — În psihologie și psihopatologie (cf. lat. *adjectivum* „care se adaugă”) ● Definește o serie de atribute de ordin cantitativ și calitativ ale subiectului examinat. ALLPORT a încercat o ordonare a acestor calificative cu ajutorul analizei factoriale. Aceasta permite „condensind vocabularul”, relevarea „trăsăturilor de suprafață” și a „trăsăturilor de bază” ale personalității.

Psihiatrul practică în semiologie, cit și în „demersul diagnosticului”, o adevărată psihopatologie de adjective, dar pentru necesitatea unui limbaj comun s-au adoptat clasificări care înlocuiesc atitudinea descriptivă. Axele și elementele definitorii, simptomele ce compun sindroamele, nu sînt decît adjective — termen ce poate ar trebui revizuit.

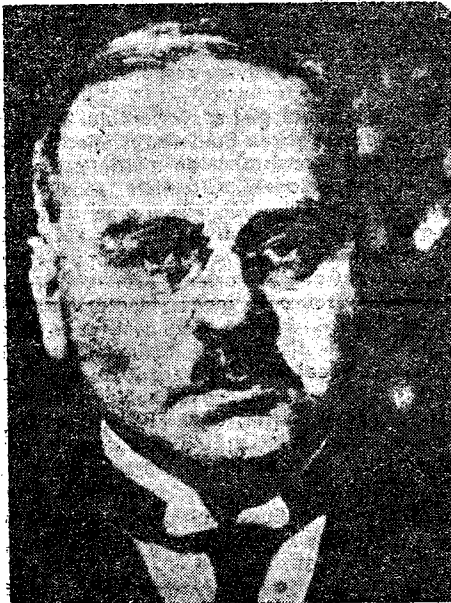
274. **ADJUVANTĂ** — terapie (cf. lat. *adjuvans* „care ajută”) ● Termen utilizat în terapie, unde desemnează un medicament (secundar) care se asociază unui alt medicament (principal), pentru a-i crește eficacitatea, prin facilitarea absorbției, prin creșterea propriuzisă a activității sau prin combaterea efectelor secundare. Prezența nedorită a efectelor secundare în timpul administrării unui medicament poate fi contracarată prin: reducerea dozei, întreruperea prescrierii medicamentului, înlocuirea acestuia sau administrarea unor medicamente adjuvante. Tranchilizantele minore (diazepam, clordiazepoxid) sînt folosite în schizofrenie pentru combaterea akatisiei și tasikineziei generate de administrarea neurolepticelor Ț doze mici de ortotimizante triciclice (imipramină, amitriptilină) se indică și ele, alături de un NL sedativ, în sindroamele depresive și extrapiramidale, în stările de remisiune și defect apato-abulic din cursul evoluției schizofreniei Ț psihotonele (metilfenidat, centrofenoxina) se administrează în schizofreniile al căror tablou clinic este dominat de apatie și apragmatism. Sînt cazuri în care clinicianul psihiatru trebuie să recurgă la folosirea unor adjuvante în sprijinul medicamentelor antiparkinsoniene, necesare înlăturării sindromului extrapiramidal consecutiv neurolepticelor. Astfel sînt indicate: anti-histaminicele (romergan), barbituricele (ami-

talul sodic 3%. i.v./i.m., în crizele diskinetice acute), neuroleptice bazale (levomepromazin), psihoanalepticele și vitamina B₆.

275. **AD-NIL**^(M) Italia — DCI *Levamdofamină* ● Psihostimulent, derivat fenilêtilaminat de tip (—)α-metilfenetilamină, amină simpatomimetică și utilizat în combaterea efectelor secundare ale NL, ale anticonvulsivăntelor și ale antidepressivelor și prezintă riscul dependenței.

276. **ADLER-ALFRED** (1870—1937) ● Neurolog și psihiatru austriac; își începe studiile medicale în 1888, ca elev al lui KRAFFT-EBING și BENEDIKT, obținându-și diploma în 1895. Îi cunoaște pe FREUD, STEKEL, KAHANE și REITLER, cu care organizează un cerc de psihanaliză, devenit cunoscut sub numele de „reuniunile de miercuri din Berggasse”.

În 1910 devine președintele Societății vieneze de psihanaliză, dar încă din 1908 începuseră să apară divergențe doctrinare, apogeul conflictului cu FREUD fiind marcat de apariția



Alfred Adler

lucrării „Protestul viril ca problemă centrală a neurozei”, în care se subliniază „sentimentul de inferioritate în detrimentul refuzării” în mecanismul neurozei și se reduce rolul „complexului oedipian” în favoarea unui dinamism psihic mai larg — conceptul revoltei virile.

Ruptura deplină se produce în 1912, când ADLER înființează Societatea de psihanaliză liberă, având o concepție opusă psihanalizei sexuale freudiene — bazată pe noțiunile de caracter, complex de inferioritate, conflict între poziția individului și aspirațiile sale, „voința” de putere — prin care pune bazele psihologiei individuale. Conform concepției sale, sentimentul de inferioritate determină o dorință de superioritate reactivă și declanșează „protestul viril”, lupta pentru supremație sexuală, socială, intelectuală etc. Rădăcinile gândirii adleriene trebuie căutate în lucrările lui KANT, LEIBNITZ, NIETZSCHE și MARX și de altfel, încă în primele sale opere, apare ideea de social și implicațiile sale asupra bolii mintale. În 1924 este profesor la Institutul pedagogic din Viena și întreprinde numeroase turnee de conferințe în Europa și America, unde se stabilește în 1934. Este un autor prolific („Temperamentul nervos”, 1912 și „Cunoașterea omului”, 1927, „Psihologia copilului dificil”, 1928 și „Sensul vieții” ș.a.) — lucrări în care a fost preocupat mai mult de rezultatul final al metodei terapeutice decât de cauza bolii în sine.

277. **ADMIRAȚIE** (cf. lat. *admiratio* „admirație”) ● Atitudine puternic saturată afectiv, desemnând sentimentul de încântare (plăcere) și prețuire, conjugat cu stimă sau respect față de o persoană (pentru calitățile sau contribuțiile sale deosebite pe tărîm social, cultural, profesional etc.), față de un obiect (operă de artă, creație tehnico-stiințifică) sau față de un fenomen spiritual (ideologie, religie etc.). Raportată la sine (autoadmirația), în măsura în care nu se fondează pe o autoapreciere critică și axiologică (respectiv pe o comparație valorică cu ceilalți), admirația față de propria persoană trimite la narcisismul secundar (LAPLANCHE, PONTALIS). Exacerbarea coeficientului afectiv (pasional) din structura atitudinii descrise conduce la ADORAȚIE →.

278. **ADMISIBILITATE** (fr. *admissibilité*) ● Calitatea unei persoane sau a unui lucru de a fi admisibil, înțelegînd prin admisibil ceea ce poate fi admis, ceea ce poate fi considerat ca plauzibil.

În psihiatrie, admisibilitatea ideilor unui subiect este ușor de evaluat în cazul existenței, în tabloul psihopatologic, a unor idei delirante evidente și evaluarea este însă mult mai dificilă atunci cînd ideile prezentate de subiect sînt corelate logic cu întregul context existențial sau cînd ideile nu pot fi confruntate cu realitatea, din cauza lipsei de informații din partea anturajului. În aceste situații, chiar,

și unele idei delirante pot apărea, în mod paradoxal, admisibile. O altă variantă este întâlnită în cazul paranoi, în care, deși mare parte din ideile subiectului au un grad de admisibilitate crescut, sistemul de idei în ansamblul său este inadmisibil.

279. **ADOBIOL^(M)** Japonia — DCI *Bufetolol* ● Psihotrop, derivat butilaminic de tip 1-(tert-butilamino)-3-/0-/(tetrahidrofurfuril)oxi/ fenoxi-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicina psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

280. **ADOLESCENȚĂ** (cf. lat. *adolescere* „a crește”) ● Etapă de tranziție în dezvoltarea individului care a depășit puseul puberal, caracterizată prin transformări biologice și psihologice majore. Este perioada de trecere de la universul dependent infantil, la poziția de egalitate și independență a universului adultului și o perioadă de intense transformări endocrino-fiziologice, de descoperire a Eului, de revoltă și de exaltare, de descoperire a sensului valorilor umane, de cristalizare a sentimentelor profunde etc. În evoluția sa furtunoasă și contradictorie, adolescența cunoaște variații individuale, în funcție de sex, condiții educaționale, socio-economice și geografice. După caracteristicile acestui „echilibru care se rupe”, M. DEBESSE a încercat să întrevadă sensul viitoarei deveniri, separând tipurile de adolescent în două categorii :

- **rectilini** — subiecți cu personalitate puțin afirmată, conformiști, subordonați idealurilor celorlalți (avînd ca tip extrem — amorful) și
- **revoluționarii** — subiecți care caută spargerea tiparelor, din rîndul cărora se vor recruta artiștii, exploratorii, descoperitorii, cit și ratații sau „revoluțarii eterni”.

Aprige controverse s-au purtat asupra perioadei cronologice a adolescenței, îndeosebi asupra limitei superioare a acesteia — ridicată prin creșterea perioadei de educație și formare profesională : „omul este un animal cu pubertate întîrziată”, aprecia GORI. Astfel, reperate de vîrstă variază după diferiți autori : 18 ani pentru AJURIAGUERRA, 21 ani pentru FEINSTEIN, mai mult de 25 de ani pentru GARONNE și vîrsta intrării individului în profesie, pentru ERIKSON. Limita inferioară este considerată pubertatea, caracterizată în principal prin creșterea somatică intensă și maturizarea sexuală. Majoritatea autorilor

subdivizează adolescența în trei etape care, în succesiune cronologică, sînt : preadolescența, adolescența propriu-zisă și adolescența prelungită.

- **Preadolescența (11—14 ani)** se caracterizează prin întrepătrunderea și oscilația între conduitele infantile și cele „mature”. Familia și ambianța îl consideră pe adolescent cînd copil, cînd tînăr, ambiguitate care îi creează anxietate, irascibilitate, chiar ostilitate. În această etapă se conturează dorința sa de afirmare personală, crește nevoia de cunoaștere abstractă.
- **Adolescența propriu-zisă (14—19 ani)** este marcată de diversificarea și precizarea aptitudinilor particulare și a gîndirii abstracte, îmbogățirea cunoștințelor, socializarea aspirațiilor. Adolescențul își stabilește opțiunile profesionale, conturîndu-și concepția despre lume și viață, căpătînd drepturi și obligații civice prin majorat.
- **Adolescența prelungită (19—25 ani)** este caracterizată prin cîștigarea independenței într-o măsură mai mare de către tineri, care capătă un nou statut profesional și social, cu responsabilități crescute.

Evoluția psihologiei adolescentului este marcată de descoperirea Eului (care, uneori, poate conduce la narcisism) și de multiplicarea relațiilor interpersonale. Cîteodată, modul absolutist de a privi problemele îl duce la negarea conformismului, a tradiționalului, a autorității. El descoperă valorile estetice, morale și religioase, putîndu-se orienta spre misticism, sisteme filozofice la modă, ideologii diverse, pentru care sacrificiul vieții i se pare uneori justificat. Afectivitatea și instincționalitatea cunosc o perioadă de reactivare și nuanțare prin maturizarea sexuală. Pe planul mecanismelor psihologice ar exista, după FREUD, patru posibilități de apărare a Eului față de „pierderea obiectului”, în speță de distanțarea de universul copilăriei :

- **transferul libidoului asupra unor substituenți parentali (rude, profesori, vedete, lideri sociali) și**
- **transferul sentimentelor încercate față de imaginea parentală în contrariul lor și**
- **retragerea în sine prin respingerea investiției libidinale în obiect și orientarea sa narcisică și**
- **regresiunea în tendința de restabilire a relației infantile.**

Pentru psihiatru, adolescența reprezintă o piatră de încercare, care îi ridică o serie de probleme cu caracter deosebit. Fiind o peri-

oadă a minime rezistențe, terenul reprezentat de ea este ținta unor atacuri dintre cele mai diverse, cu atât mai mult cu cât structurile biopsihologice ale subiectului, în plină organizare, sînt mai vulnerabile. Ca și alți autori, considerăm că adolescența nu este prin ea însăși un factor de patogeneză, ci doar unul patoplastic, care nuanțează sindroamele psihopatologice obișnuite. Cu excepția mult discutatei anorexii mintale, nu se poate vorbi despre o patologie specifică adolescenței, entitățile psihiatrice fiind aceleași ca pentru adult. SOULÉ insistă asupra faptului că recrudescența unor manifestări psihice în adolescență nu este în timpătoare atunci cînd ele s-au schițat în copilărie. De asemenea, apariția unor simptome patologice în adolescență, chiar dacă ele se șterg pe parcurs, reprezintă un semnal de alarmă pentru adultul de mîine. Studiile întreprinse au demonstrat că, deși patologia acestei vîrste păstrează un caracter zgomotos și dramatic, aceasta nu face decît să confirme că trăsăturile esențiale ale psihopatologiei adolescenței: dizarmonie, rupere în raport cu comportamentul anterior (WIDLOCHER) și tumult (MAZET), constituie aspectele obișnuite ale oricărei situații de criză. Existența crizei „normale” de adolescență, criza juvenilă (HUYER) sau „criza de originalitate juvenilă” (DEBESSE) este banală în sine, în ciuda gravității manifestărilor ei exterioare, dar lucrurile se complică mult prin problematica complexă a stabilirii limitelor normal-patologic. Criza apare între 12—14 ani, la fete, și 14—16 ani, la băieți. Ea comportă trei etape succesive: perioada revoltei; a închiderii în sine și a exaltării și afirmării.

Perioada revoltei se caracterizează prin refuzul subiectului de a se supune, de a se subordona oricărui ordin (chiar dacă în sine acceptă autoritatea), prin atitudinea pe care o afișează arătînd că este constrîns să procedeze așa. Revolta cuprinde părinții, familia, școala dar și morala, politețea — care i se par ridicole, încărcate de ipocrizie. Aderența adolescentului la mode extravagante nu face decît să arate „dezaprobarea și revolta” față de ținuta obișnuită, ca și nevoia lui de identificare cu „alteva”. După excentricitățile perioadei revoltei, adolescentul încearcă să-și cunoască propriul personaj, căutînd să se autodescoapere, analizîndu-și sentimentele și disecîndu-și comportamentele. Închis în sine, autoanalizîndu-se, el își pîndește noile reacții, căutînd să le interpreteze. Această criză meditativă este perioada în care se perfectează evoluția psihologică a tînărului. Deseori, această fază

poate fi însoțită de o timie negativă și de o tendință permanentă spre izolare („ascetism”). În perioada de exaltare și afirmare, inventarierea realizată în etapa anterioară îi oferă adolescentului o cuprinzătoare trecere în



Foto : Alfred Ko

revistă a posibilităților de care dispune, pe care le dorește valorificate imediat. Este vîrsta la care adolescentul, folosînd principiul „totul sau nimic”, se entuziasmează, ia decizii pe care caută să le pună în aplicare cu toată forța ființei sale dezlănțuite, caută în religie, știință sau politică, mijlocul de a-i face pe ceilalți să beneficieze de devotamentul lui. Odată cu înaintarea în vîrstă, trăsăturile crizei se șterg, adolescentul îmbogățindu-și experiența, criteriile de comparație și evaluare, acțiunea și realul înlocuind treptat visarea și speculația intelectuală.

Studiul manifestărilor psihopatologice ale acestei vîrste se lovește atît de extrema varietate a simptomatologiei, cît și de oscilațiile importante de intensitate, care implică riscuri evolutive și adoptarea unei atitudini reticente sau expectative. Granița dintre normal și patologic este, la adolescență, nesigură, o veritabilă „fata morgana”, greu de fixat în etichete atotcuprinzătoare sau etaloane infailibile, datorită metamorfozărilor perpetue. În limita dintre normal și patologic se înscriu oscilațiile timice, reveriile, tendința la izolare și introversie sau manifestările de revoltă, fugile, agresiunile. Pe o treaptă mai gravă, vizînd o structurare anormală a personalității, apar refugiul în droguri și asocierile în colectivități de tip „hippy”, dificultățile legate de inserția socială ducînd la delincvență. Ca și la alte vîrste, la adolescență sînt posibile manifestări nevrotice: isterice, fobice, obsesionale, converșive (tulburări digestive, circulatorii), tulburări instinctuale (bulimie, enurezis, perversiuni). Adolescența poate fi momentu

debutului unor afecțiuni majore (psihotice), fără legătură directă cu fenomenele biologice specifice acesteia. Acum pot apărea la fete (legate de ciclurile menstruale) primele accese ale psihozei periodice. Bufeele delirante, destul de frecvente, pot fi accidente pasagere, altele (crize schizo-maniacale) prefigurează o posibilă schizofrenie. Adolescența, de altfel, este perioada de elecție pentru debutul schizofreniei, motiv pentru care se impune o maximă circumspecție față de tulburările psihice ale acestei vârste.

281. ADOPTIUNE (cf. lat. *adoptio* „adopțiune”) ● Acțiunea de a înfia un copil, prin care o familie (de obicei) sau un singur individ adult își asumă întreaga responsabilitate privind creșterea și educația lui. Adopțiunea implică o serie de probleme psihologice și sociale, ce pot constitui, în anumite împrejurări, un risc potențial pentru apariția de tulburări dezadaptative și psihopatologice, atât pentru adoptat, cât și pentru adoptant.

În acest sens, majoritatea autorilor apreciază că nu există dovezi suficiente pentru a considera copilul adoptat mai vulnerabil decât alții (M. BLEULER, 1951). Totuși, familiile adoptive posedă un potențial psihogenetic special, determinat de diferite cauze: mulți dintre părinții adoptivi au fost involuntar privați de copilărie sau de căldura afectuoasă a unui sau ambilor părinți (absenți psihologic) și prezența unei susceptibilități crescute față de fondul genetic, antecedentele patologice și sociale ale adoptatului (de cele mai multe ori puțin cunoscut în cazul adopțiunilor extrafamiliale) îi face pe părinții adoptivi să reacționeze cu o permanentă anxietate în fața perturbațiilor comportamentale inerente diferitelor etape critice din dezvoltarea copilului, supradimensionându-le, manifestând hipercriticism și hiperexigență. Acești factori diminuează plasticitatea necesară adaptării la o situație nouă și împiedică instaurarea unei atmosfere intrafamiliale de căldură afectivă și serenitate, necesară unei intimități autentice, cât mai asemănătoare celei existente între un copil și părinții naturali. Diferențele de vârstă dintre copil și părinții adoptivi, de multe ori mari, nu fac decât să mărească aceste impedimente de comuniune psihologică. Situația se poate agrava și datorită căutării de către părinți, în copilul adoptat, a unei imagini prestabilite și idealizate, favorizată eventual de așteptarea îndelungată a copilului natural sau de nostalgia pierderii prin moarte a acestuia. În acest din urmă caz, adoptanții caută în adoptat o compensare afectivă, puțin scuzabilă, având în

vedere potențialul ei nociv pentru dezvoltarea psihologică normală a copilului. În cazul adopțiunilor care se fac la vârsta primei copilării, părinții adoptivi pot supraaprecia importanța pe care ar avea-o pentru copil dezvoltarea statutului său de adoptat, anticipând retragerea investiției afective a acestuia. Acest fapt imprimă atitudinilor față de copil o notă particulară, eventual de culpabilizare și de hiperprotecție compensatorie, precum și o aminare nejustificată a „momentului adevărului”. HEUYER și ALLIEZ au semnalat reacții impresionante, cu atât mai grave, cu cât acest moment se produce mai târziu, care îmbracă forme de opoziționism, tulburări comportamentale, depresie și chiar tentative autolitice. Apar resentimente față de colegii, prietenii crescuți de părinți biologici, sau o criză de identitate profundă, datorată conștientizării necunoașterii propriilor genitori. De aceea, se preconizează ca dezvoltarea adevăratei origini a adoptatului să se facă în jurul vârstei de 4—5 ani, subliniindu-i-se faptul că el a fost ales, că noii părinți, și în special mama, au un rol protector și se poate astfel „deturna” calitatea de adoptat spre sensul ei real, uman, oferindu-i — cum spune LAUNAY (1963) — una din „principalele șanse de reușită în încrederea și sentimentul de securitate resimțite de toți membrii familiei”.

S-a observat că adaptarea este mai bună, cu cât vârsta la care este adoptat copilul este mai mică și se apreciază că vârsta optimă este până la trei ani. Pe de altă parte, procentul eșecurilor în cazul adopțiunii de către celibatari este de 3—5 ori mai mare decât în cazul familiilor echilibrate. Oricum trebuie reținut că adopțiunea nu pune pecetea unei vulnerabilități speciale pe minorul adoptat și mai degrabă se pare că există o tendință a psihiatrilor de a supraaprecia potențialul dezadaptativ al acestui act (PRINGLE, 1961).

Un studiu recent (WITMER ș.a., 1977), de urmărire pe termen lung a 500 de copii adoptați din Florida, confirmă buna compensare a „stressului de adopțiune” (chiar în cazul adopțiunii lor tardive) în cazul unei atmosfere familiale calde, fapt confirmat și de un studiu similar britanic.

Adopțiunea a fost utilizată în cercetarea factorului genetic în schizofrenie, în cadrul cunoscutelor studii pe gemeni danezi adoptați (KETY, ROSENFELD, WINTHER, 1968 și RIEDER, ROSENTHAL ș.a., 1975). Chiar dacă aceste studii au fost criticate pentru unele insuficiențe metodologice, aportul lor în demonstrarea implicării, într-o mai mică sau

mai mare măsură, a factorului genetic în schizofrenie, rămâne de necontestat.

Alte cercetări de adopție pledează pentru ipoteza genetică în alcoolism.

Adopțiunea constituie o instituție valoroasă, aptă să suplinească carența afectivă și educațională a copiilor neocroțiți și atunci când se produce în prima copilărie, constituie o soluție mai bună chiar atit alternativa ei, creșterea copilului în afara unui climat familial și întrevederea periodică cu unul sau ambii părinți biologici.

În ceea ce privește riscul unei încălcări patologice a adoptatului, acesta poate fi eliminat printr-o examinare medicală și psihologică prealabilă. → ÎNFIERE.

282. ADORAȚIE (cf. lat. *adorare* „a implora, a adora”) ● Sentiment de dragoste și/sau prietenie pe care un subiect îl dezvoltă față de o ființă sau un obiect, imaginar sau real, implicind o scădere a criticii față de acesta.

Unilateral dezvoltată în delirurile mistice și religioase, adorația poate lua în aceste cazuri aspectele cele mai bizare, amintind uneori de etapele dezvoltării sentimentului religios la populațiile primitive. Mai poate fi întâlnită ca o trăire patologică în cadrul episoadelor maniacale (în care lipsa de profunzime a sentimentelor este combinată cu sau generată de absența criticii), în oligofrenii, ca și în delirurile erotice (evident, în primele faze ale acestora).

283. ADORMIRE (cf. lat. *addormire* „a adormi”) ● Perioada de trecere de la starea de veghe la starea de somn, caracterizată printr-o serie de fenomene care se desfășoară pe fundalul modificărilor tonusului neurovegetativ.

În această perioadă, somnul este superficial și poate fi însoțit de contracții musculare bruște, generalizate sau mai rar localizate, variații ale tonusului muscular, mișcări ale globilor oculari de tip REM (rapid eye movement), „halucinații” hipnagogice (vizuale — figuri geometrice colorate, fosfene și auditive — sunetul telefonului, bătăi în ușă sau în geam și tactile — curenți electrice și kinestezice — senzația de cădere în gol), mentism și onirism.

Poate fi întâlnită uneori și anxietatea hipnagogică, făcînd imposibilă adormirea. Insomnia de adormire se poate întîlni în situații variate, dar în mod clasic, se admite că ar fi o caracteristică a bolii nevrotice.

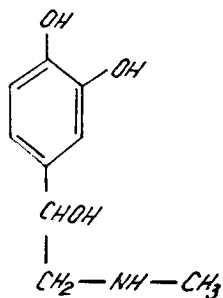
284. ADPHEN^(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte sim-

paticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală și contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

285. ADRENALINĂ (cf. lat. *ad* „la” și *ren* „rinichi”) — sin. **EPINEFRINĂ** și **SUPRARENINĂ** ● Hormon al glandei medulo-suprarenale, la nivelul căreia se eliberează în amestec cu noradrenalina, proporția fiind de 80% adrenalină și 20% noradrenalină. A fost, de asemenea, identificată în terminațiile nervoase simpatică postganglionare, aici fiind însă numai în proporție de 20%. Face parte — din punct de vedere chimic — dintre compușii fenolici dehidroxilați, denumiți catecolamine.

Acțiunile adrenalinei se realizează prin intermediul receptorilor α și β , afinitatea mai mare a adrenalinei exercitîndu-se asupra receptorilor β_1 , α_1 și α_2 .

Efectele adrenalinei sînt similare cu cele produse de sistemul nervos simpatic: dilatare pupilară, favorizarea acomodării, stimularea secreției salivare, tahicardie și coronarodilație, inhibarea peristaltismului intestinal, vasodilație renală, ejaculare; orgasm, stimularea secreției catecolaminelor medulo-suprarenaliene. În doze terapeutice, adrenalina stimulează moderat sistemul nervos central, producînd însă și anxietate, cefalee, insomnii, irascibilitate, tremor, prin acțiune directă asupra formațiunii reticulate. Utilizarea clinică a adrenalinei se bazează pe efectele sale



farmacologice, substanța fiind indicată în tratamentul reacțiilor alergice, datorită efectelor sale antihistaminice. Constituie tratamentul de elecție în șocul anafilactic, în tratamentul urticariei, al edemului angioneurotic și al bolii serului. Este, de asemenea, utilă în diferite afecțiuni caracterizate prin bronho-con-

stricție (astm bronșic, bronhopatii cronice obstructive etc.), în stimularea cordului oprit, ca agent hemostatic.

286. ADRENARHĂ ^{sin.} → PUBARHA.

287. ADRENOLITICE (cf. lat. *ad* ; *ren* ; gr. *lysis* „dizolvare“) ● Termenul se referă la antagoniștii sau inhibitorii efectelor adrenalinei. Efectele medicației adrenergice se realizează în etape succesive, la nivelul fiecărei etape existind posibilitatea unei interferențe farmacologice. Până în prezent au fost indicate următoarele modalități de interferențe farmacologice (POPOVICIU):

- Intervenția farmacologică la nivelul sin-tezei adrenergice. Un exemplu de utilizare clinică este substanța numită alfa-metil-dopa, care se interpune în procesul de sinteză, determinând formarea alfa-metil-noradrenalinei, un fals neuro-mediator. Consecințele clinice rezultă din inhibarea simpatică la nivel central, acțiune utilizată în scop antihipertensiv, hipertensiunea arterială, în formele ei severe, fiind indicația majoră a alfa-metil-dopa (Aldomet, Dopegyt).
- Stocarea neuromediatorilor adrenergici în granule de depozit din terminațiile adrenergice poate fi afectată prin depleție ireversibilă de către substanțe aparținând grupei alcaloizilor de rauwolfia. Această acțiune farmacologică se exercită și la nivel central, ceea ce explică efectele sedative, anxiolitice și antipsihotice de tip neuroleptic, pe care le realizează mai ales dozele mari de rezepină. Sub formă de Reserpin, Hiposerpil, Raunervil, Serpasil, derivații de rauwolfia sînt utilizați în formele moderate sau ușoare de hipertensiune arterială esențială. Eficacitatea lor este relativ redusă, iar dozele mari prezintă riscul apariției unor stări depresive.
- Eliberarea mediatorilor adrenergici din granulele de depozit poate fi inhibată de unele substanțe neurosimpaticolitice. Astfel, guanetidina, prin efectul blocant al eliberării noradrenergice, are o puternică acțiune hipotensoare, predominant ortostatică, ceea ce o contraindică în formele avansate de arterioscleroză cerebrală, în accidentele cerebro-vasculare sau coronariene. Pargilina, înrudită structural cu amfetamina, are, de asemenea, un efect blocant asupra eliberării de noradrenalină din granulele de depozit, dar are și o acțiune inhibitorie asupra monoaminooxidazei, una dintre enzimele care

catabolizează noradrenalina. Consecința acestei ultime acțiuni este acumularea neuromediatorului în terminațiile adrenergice, motiv pentru care pargilina este utilizată în terapia stărilor depresive.

- O altă modalitate de interferență farmacologică o constituie blocarea receptorilor adrenergici cu ajutorul alfa- și betablocanțelor, acestea din urmă avînd o indicație terapeutică de elecție în sindroamele nevrotice cu componentă anxioasă.

288. ADRENOMIMETICE (cf. lat. *ad* ; *reno* ; gr. *mimetikos* „imitativ“) ● Substanțe cu acțiune similară catecolaminelor, exercitată direct (prin stimularea receptorilor adrenergici) sau indirect (prin eliberarea de noradrenalină din terminațiile simpatiche). Efectele adrenomimeticelor cu acțiune directă se realizează prin intermediul alfa- și betareceptorilor localizați postsinaptic.

Fenilefrina și metoxamina acționează aproape exclusiv pe alfareceptori, iar terbutalina și mildrinul sînt aproape în exclusivitate agoniști de betareceptori. Utilizarea clinică are la bază efectul vasoconstrictor al acestor substanțe. Ele sînt utilizate în hipertensiunea arterială, în aplicații locale pe mucoase în scop decongestiv, în terapia astmului bronșic sau a altor forme de bronhospasm. Adrenomimeticile cu acțiune indirectă se folosesc, de asemenea, ca vasoconstrictoare și bronhodilatatoare, dar mai ales pentru acțiunea lor stimuloare asupra sistemului nervos central. Astfel, efedrina este utilizată mai ales în corectarea hipotensiunii arteriale și ca decongestionant local, în timp ce amfetamina și metamfetamina au o predominantă acțiune stimuloare a sistemului nervos central, fapt care constituie motivația utilizării lor ca agent terapeutic sau, uneori, ca drog.

289. ADRESABILITATE (cf. fr. *adresser* ; vezi lat. *ad-* ; *directus* „drept“) ● Termenul definește gradul de solicitare a unităților sanitare de către populația arondată dintr-un teritoriu sau dintr-o instituție, întreprindere ; se mai poate defini și prin modul în care populația valorifică condițiile de accesibilitate create → ACCESIBILITATE.

Adresabilitatea nu este — așa cum am fi tentați să credem la prima vedere — dependentă numai de starea de sănătate sau boală a subiectului, ci depinde de factori numeroși care, într-o enumerare sintetică, sînt:

- morbiditatea populației, atît sub aspectul INCIDENTEI, cit și sub cel al PREVALENTEI → ;

- nivelul de instruire și educativ-sanitar, important, mai ales în stadiile incipiente ale bolii și în urmarea corectă a tratamentelor de lungă durată, în cazul bolilor cronice ;
- gratuitatea actului medical sau, mai bine zis, costul său ; în cazul în care costul este ridicat sau, în raport cu el, resursele subiectului sînt scăzute ori epuizate, acesta devine o barieră (cu astfel de situații se confruntă mai multe țări, în care asistența medicală nu este gratuită) ; în cazul gratuității, acest aspect poate genera abuzuri ;
- dotarea unităților sanitare și gradul de diversificare a prestațiilor : cu cît ele vor fi mai bine dotate și diversificate, cu atît numărul solicitărilor va fi mai ridicat ;
- nivelul de pregătire și comportare ale personalului sanitar ;
- numărul și amploarea unităților sanitare ;
- măsurile organizatorice existente : program, restricții, facilități ;
- beneficiul secundar al subiectului, care poate decurge din starea sa de boală sau din ușurința cu care poate obține unele avantaje.

290. **ADRIZINE**^(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari poate duce la dependență.

291. **ADSON-COFFEY**^(S) *sindrom* — sin. *SCALEN*^(S) *sindrom* ^{sin.} → *NAFFZIGER*^(S) *sindrom*.

292. **ADT**^(M) Portugalia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic derivat dibenzocicloheptanic ^{sin.} → *AMITRIPTILINA*^(M) România.

293. **ADUALISM** (cf. lat. *a-* și *dualis* „de doi”) ● Termen introdus în psihologie de BALDWIN și PIAGET, în scopul de a defini stadiul primitiv al ontogenezei, de nediferențiere psihică, ce poate îmbrăca trei forme : nediferențierea între intern și extern, între obiectiv și subiectiv și între material și spiritual. PIAGET se pare că s-a inspirat din concepția filozofică ce postulează fundamentarea existenței pe două principii divergente (bine-rău, organic-psihic, obiectiv-subiectiv, material-spiritual etc.).

Adualismul presupune imposibilitatea/incapacitatea de diferențiere între două categorii de aspecte : acelea care țin de subiect și acelea care țin de obiect (exterioare subiectului). Adualismul trimite la o lipsă de granițe (de bariere) între lumea interioară și lumea exterioară. Pentru SZONDI, Eul în stadiul de adualism este un Eul contemplativ, mitic și mistic, în care predomină proiecția totală, ceea ce, practic, înseamnă o lipsă a Eului. Există, în acest stadiu, o comuniune strînsă a subiectului cu obiectul, a copilului cu mama, deci, în cadrul relației interpersonale o lipsă a distincției (dualității) Eu-Tu. Este stadiul primar al dezvoltării Eului. Se întîlnește în cazurile de intîrziere mintală, de oprire în dezvoltare, precum și la anumiți bolnavi psihici (cel mai frecvent la psihotici), la care procesul psihotic este însoțit de un proces de regresie severă.

294. **ADULTER** (cf. lat. *adulterium* „adulter”) ● Fapta unui membru al cuplului legal constituit (prin căsătorie) de a avea relații sexuale în afara căsătoriei. Este una dintre cauzele importante ale conjugopatiilor, generînd „conjugualitate nevrotică, ură, gelozie morbidă” (SCRIPCARU, TERBANEA). De asemenea, după unii autori, adulterul poate sta la baza crimelor pasionale. Profilul psihologic al persoanelor adultere este cel mai adesea marcat de un egosim accentuat, de lipsa unui sistem de valori coerent, de o supravalorizare individuală și de dispreț nu numai față de partenerul conjugal, ci și față de ceilalți membri ai comunității sau de normele morale și sociale obișnuite. Lipsa unei maturități a personalității este complex exemplificată și de faptul că, de multe ori, astfel de persoane simt nevoia de incurajare și de „sfaturi prietenești” în schimbul cărora oferă „înțelegere mutuală” și „explicații credibile” față de microgrupul acceptator. Imaturitatea afectivă îi împinge pe partenerii adulteri la complicarea relațiilor interumane firești, prin refuzul de a renunța la imaginea (de fapt pseudoimagine) narcisiacă pe care și-o autoconstruiesc și prin incapacitatea de a ieși din cuplul ilegal, în care cel mai adesea partenerul sau partenera îi speculează și îi cultivă trăsăturile megalomane sau isterice. Complicațiile psihopatologice ale adulterului pot fi semnalate la oricare dintre partenerii cuplului conjugal : depresii, toxicomanii, chiar suicid și omucidere. Societatea nu rămîne indiferentă la asemenea fapte și dintotdeauna le-a pedepsit sub o formă sau alta (citeodată și foarte crud) ; în prezent, din punct de vedere juridic, reprezintă o infracțiune (art. 304 din C.P.).

295. **ADULTOMORFISM** (cf. lat. *adultus* ; gr. *morphē* „formă”) ● Mod de interpretare a comportamentului copiilor prin raportare la comportamentul adulților.

296. **ADULTURISM** ● Concept prin care J. SUNÉS dorește să evidențieze tendința imitativă a copiilor față de comportamentul adulților. Reprezintă, în absența unui model propriu, conduita de căutare a unui model dezirabil, evident primul model fiind cel parental.

297. **ADUMBRAN**^(M) Austria, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, R.F.G., Spania, Turcia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant — derivat benzodiazepinic ^{sin.} → **OXAZEPAM**^(M) România.

298. **ADVERSITATE** (cf. lat. *adversus* „întors către, contrar” și *adversum* „adversitate, nenorocire”) ● Stare afectivă constind în ostilitate față de un obiect sau persoană, stare ce generează relații tensionate sau conflictuale cu respectivul obiect sau persoană; această ostilitate poate avea la bază motive, scopuri, atitudini opuse, contradictorii. Adversitatea poate merge de la antipatie la ură și poate determina descărcări emoționale până la agresiuni. Este bine cunoscută adversitatea, generată de boala psihică a bolnavului față de medic și de metodele terapeutice necesare. Această adversitate poate fi însoțită de crize de agitație și comportament auto- sau hetero-mutilante și se poate întîlni în psihozele schizofrenice, manie coleroasă, delirium tremens etc. În sens general adversitatea mai semnifică nenorocire, nefericire (este sensul în care adversitatea se atribuie destinului).

299. **ADVERSIVE crize** ● Manifestări neurologice survenite în cazul sindromului de lob frontal, mai precis în leziunea cimpului 8, exprimate prin devierea globilor oculari și a capului de partea opusă leziunii (în cazul unui deficit motor) sau de aceeași parte cu leziunea (în procesele de tip iritativ). Pot constitui, ca și crizele jacksoniene, faza premergătoare declanșării unei crize epileptice grand mal.

300. **AEROACROFOBIE**^(F) (cf. gr. *aēr* „aer” ; *akros* „vîrf” ; *phobos* „frică”) ● Sumarea a două fobii: cea pentru locuri înalte/inălțime — **ACROFOBIE**^(F) și cea pentru zbor — **AEROFOBIE**^(F). Termenul nu este des utilizat → **ACROFOBIE**^(F) și **AEROFOBIE**^(F). Este necesar a nu se confunda cu „răul de înălțime”, care survine la orice înălțime, nu implică zborul și este însoțit de un întreg cortegiu neurovegetativ, absent în **AEROACROFOBIE**^(F).

301. **AEROFAGIE** (cf. gr. *aēr* ; *phagein* „a mânca”) ● Actul reflex, cu caracter patologic, prin care, odată cu alimentele, se înghite o cantitate de aer mai mare decît cea introdusă în stomac în timpul deglutiției normale. Conduce la aerogastrie ; se întîlnește în bolile însoțite de hipersalivație (stomatite, gingivite, rinofaringite, gastroduodenite, colecistopatii), la fumători, la cei care folosesc guma de mestecat și în cazul indivizilor care mănîncă precipitat. În psihopatologie se întîlnește în dizarmonia de personalitate de tip isteric, oligofrenii, demențe.

302. **AEROFOBIE**^(F) (cf. gr. *aēr* ; *phobos* „frică”) ● Termen, introdus în 1922, în epoca de trecere de la zborul, considerat eveniment de excepție, la zborul, considerat fapt cotidian. În mod firesc, ar trebui să semnifice frica de zbor, dar unii autori au încercat să-l folosească pentru a desemna frica față de mișcarea maselor de aer ; alți autori îl consideră sinonim cu **ACROFOBIA**^(F) și cu **AEROACROFOBIA**^(F), iar alții au încercat să-l lege de frica față de propriile mirosuri corporale. Această diversitate de sensuri a avut darul, ca de obicei, nu să consolideze termenul, cît să-l discrediteze ; azi este puțin utilizat, încorporat în parte în alți termeni mai specifici → **AEROACROFOBIE**^(F), **AERONEVROZA**.

303. **AEROGASTRIE** (cf. gr. *aēr* ; *gaster* „stomac”) ● Complex simptomatic constind în jenă epigastrică, balonare, eructații — apărute ca urmare a distensiei stomacului prin gaze (radiologic se evidențiază mărirea pungi de aer a stomacului). Se întîlnește în stenoza pilorică și aerofagie. În psihiatrie, în cadrul alotriofagiilor, autorii francezi descriu aerofagia, ingestia de aer, semnalată în întîrzierea mentală gravă, la demenți, precum și la unele femei la care, în viziunea psihanalizei, ar putea fi vorba de o satisfacere a dorinei inconștiente de a fi însărcinate.

304. **AERONEVROZĂ** (cf. gr. *aēr* ; fr. *névrosé*) ● Totalitatea tulburărilor psihogene apărute drept consecință a efectuării de zboruri aeriene într-o perioadă cînd transportul aerian era la început de drum. Aeronevroza a apărut ca o „*prezentare de argumente*”, care să evidențieze caracterul de aventură al zborului. A fost descrisă de DELUCCHIO în 1950. Cu timpul, interesul pentru asemenea tulburări scade, prin reducerea frecvenței lor, termenul avînd o utilizare din ce în ce mai restrînsă. Capătă o nouă utilizare, în același sens, pentru personalul navigant, la care

asemenea tulburări sînt prezente, uneori, chiar în condiții de antrenament și instrucție specială de zbor.

305. **AESCULAPIUS** (în grafia curentă **ES-CULAP** — zeul roman al medicinei) ● Conform legendei, fiul lui Apollo și al nimfei Coronis, preluat, de romani, cu toate atributele sale, din mitologia greacă (Asklepios). Se pare că metodele sale terapeutice erau mai ales de tip psihoterapic → **ASKLEPIOS**.

306. **AFAGOPRAXIE** (cf. gr. *a-* și *phagein* „a minca” și *praxis* „acțiune, practică”) — sin. **APRACTOFAGIE** ● Incapacitate de a efectua în mod voluntar actul deglutiției, în absența unei afectări motorii elementare sau senzitivo-senzoriale.

Această apraxie a deglutiției se poate asocia altor apraxii și este consecința unor leziuni la nivel cortical. Centrul bulbar al deglutiției se menține indemn, fapt ce permite efectuarea acesteia în mod involuntar, reflex.

307. **AFALGEZIE** (cf. gr. *haphē* „atingere, contact” și *algos* „durere”) ● Termen înlinit în lucrările de psihiatrie clinică preclasică franceză, în prima jumătate a secolului al XIX-lea, astăzi aproape abandonat datorită frecvenței extrem de rare a manifestărilor clinice circumscrise prin el. Definea durerea resimțită de unii subiecți în acele zone corporale care veneau în contact direct cu metale (aramă, aur, argint) sau cu suc de lămii, piersici. Durerea apărea atunci cînd subiectul nu vedea elementele care îi atingeau tegumentele.

308. **AFANISIE** (cf. gr. *aphanisis* „suprimare, dispariție”) ● **PREDESCU** și **ALEXANDRESCU** (1983) traduc prin acest termen o stare psihică mai puțin structurată decît depresia postneuroleptică, dar asemănătoare cu aceasta și apropiată ca aspect clinic de autism. A fost descrisă de **GLASHAN** (1982) după curele neuroleptice la schizofreni, alături de akinezia extrapiramidală și constă în absența unei trăiri afective, cu imobilitate, privire în gol, uneori chiar absența clipitului, fără modificări de conștient ale gândirii. Apare rar în fazele acute ale bolii și mai frecvent în cele postacute sau în formele cronicizate, fiind uneori întreruptă de episoade psihotice productive. Ar constitui un semn de prognostic prost.

JONES, prin afanie, a încercat să denu-mească dispariția sau scăderea marcată a apetitului sexual.

309. **AFATIN**^(M) Spania — DCI **Dexamfetamină** ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, amină simpatomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

310. **AFAZIE** (cf. gr. *a-* și *phasis* „cuvînt, vorbă”) ● Termen introdus în semiologia neuropsihiatrică în prima jumătate a secolului al XIX-lea, pentru a desemna tulburarea activității nervoase superioare, constînd în imposibilitatea (sau scăderea importantă a posibilității) de actualizare a experienței anterioare în înțelegerea și utilizarea semnificației codului verbal sau scris, cu implicații, în timp, asupra gândirii conceptuale. Această tulburare nu este condiționată de tulburări motorii senzitivo-senzoriale primare, optice sau acustice, fiind consecința unor leziuni corticale, în special ale centrului vorbirii. Comportă asocierea, în grade diferite, a unor elemente apraxo-agnozice. Concomitent sau ca urmare a tulburărilor de limbaj, este afectată activitatea intelectuală, mai ales gândirea abstractă și sintetică. Termenul de afazie se impune în urma unor controverse manifestate în secolul trecut, între **BROCA** (el introduce termenul de afemie, pentru a denumi pierderea totală a comunicării verbale) și **TROUSSEAU** (care, în 1865, introduce termenul de afazie, consacrat și de lucrările lui **CHARCOT**).

LICHTHEIM și **WERNICKE** disting afazia motorie și senzorială și afazia de conducere. **DÉJÉRINE** consideră că afaziile adevărate sînt cele apărute ca urmare a leziunilor cortexului parasilvian, leziuni ce produc o alterare atît a exprimării verbale, cît și a limbajului interior și extrinsec și în cazul în care leziunile nu ating centrul limbajului, este alterată numai comunicarea verbală nu și limbajul interior (surditate verbală pură, cecitate verbală, afazie motorie subcorticală pură).

În 1906, **Pierre MARIE** afirmă existența unei singure forme de afazie, generată de lezarea cortexului din jurul extremității posterioare a scizurii silviene (așa-numita regiune **Wernicke**). **PICK** și **HEAD**, deosebind două modalități de utilizare a limbajului — limbajul automat (emoțional) și limbajul intelectual —, consideră că, în afazie, este afectat numai cel de al doilea. **HEAD**, care a analizat semiologic afazia, în 1926, este creatorul testelor de diagnosticare a ei. **MONAKOV**, **GOLDSTEIN**, **von WERKOR**, au subliniat importanța schemelor temporo-spațiale pentru organizarea

gîndirii și limbajului. Astfel, teoria noetică susține că afazia ar fi consecința alterării globale a gîndirii. Alți autori consideră că afectarea gîndirii este secundară alterării instrumentului lingvistic.

Clasic, se descriu patru forme de afazie :

- *afazia motorie*, de expresie, în care este păstrată capacitatea de înțelegere a cuvîntului, de citire mintală, limbajul interior nefiind afectat, iar scrisul posibil. Există numai o imposibilitate a exprimării care, dat fiind faptul că gîndirea și percepția sînt normale, antrenează o stare de revoltă exprimată mimic și motor ;
- *afazia senzorială*, de recepție (WERNICKE), caracterizată prin tulburări în elaborarea limbajului, în identificarea și înțelegerea simbolurilor verbale și scrise (surditatea și cecitatea verbală). Limbajul interior este afectat, subiectul nu înțelege limbajul vorbit și nici pe cel scris, dar rareori este mut, prezentînd o logoree incomprehensibilă, datorată jargonofaziei (parafaziei, stereotipiilor). În aceste condiții, activitatea intelectuală este profund alterată, subiectul nemaifiind capabil nici să urmărească, nici să susțină o conversație ;
- *afazia mixtă* (BROCA), forma cea mai frecventă, constă în afazie senzorială moderată, la care se adaugă afazia motorie ;
- *afazia totală* (BROCA) se realizează prin combinarea integrală a unei afazii senzoriale severe cu afazia motorie.

În afara acestor patru forme clasice, au mai fost descrise : afazia optică senzorială (FREUD, 1904), constînd în imposibilitatea desemnării obiectelor în ciuda integrității controlului vizual ; afazia cromatică (afazia pentru culori), constînd în desemnarea improprie și discriminarea eronată a culorilor (M. GESCHWIND o încadrează în sindromul de deconcentrare) etc.

Din punct de vedere etiologic, orice proces care afectează cortexul cerebral poate fi răspunzător de realizarea uneia dintre afazii. Unul din principalii agenți etiopatogeni sînt afecțiunile vasculare (mai ales ale ramificațiilor arterei silviene), apoi de traumatisme, infecții, scleroze, encefaloze, tumori, hematoame. În uremie, diabet, intoxicații (opiu, beladonă, cannabis, tutun, oxid de carbon), epilepsie, migrenă, se semnalează afazii tranzitorii.

Pe lângă tulburări intelectuale, constînd în afectarea gîndirii abstracte, a formulărilor simbolice (mai ales cînd există o tulburare a limbajului interior), la afazici pot fi întîlnite și tulburări comportamentale, constînd din

văgabondaj, complicitate la diverse acte delictuale (care apar cînd există leziuni ale lobului parietal inferior sting cu apraxie).

Apraxicii sînt în general hiperemotivi. Depresia, deși existentă, nu are intensitate extremă. Suicidul este rar, dar posibil. În ceea ce privește tratamentul, cel curativ se referă la suprimarea procesului cauzal (atunci cînd este posibil). Existența unor leziuni ireversibile face imposibilă recuperarea completă. Exercițiile respiratorii, de articulare și fonetice, utilizarea de obiecte, desene, cuvinte corespondente — sînt mijloace terapeutice adesea eficiente, permițînd reintegrarea socio-profesională.

În psihiatrie, cunoașterea acestor tulburări cronice este necesară diagnosticului diferențial cu maladia Pick, Alzheimer, demențe. Se impune, de asemenea, diferențierea de stupoarea melancolică și catatonică, mutismul isteric, cit și de dizartria din paralizia generală progresivă, etilism, care apar în alt context.

311. AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE — sin. ALALIE IDIOPATICĂ ^{sin.} → AUDIOMUTITATE.

312. AFAZIE DE DEZVOLTARE ^{sin.} → DISFAZIE.

313. AFAZIE DE INTONAȚIE ^{sin.} → DISPROZODIE.

314. AFAZIE VIZUALĂ SUBCORTICALĂ ^{sin.} → CECITATE VIZUALĂ.

315. AFECT (cf. lat. *affectus* „stare, sentiment, afecțiune”) ● Stare emoțională primară (expresie elementară a reactivității emoționale), cu intensitate crescută și variabilă, manifestată în mod nemijlocit în comportament. Afectele nu sînt reglate conștient și presupun (P. JANET) o regresie la nivele inferioare de conduită. Dispozițiile pot intra și ele în cadrul afectelor. Ca reacții emoționale primitive, afectele sînt strîns legate de instincte. Ele diferă de sentimente și pasiuni, acestea din urmă aparținînd nivelului superior al afecțiivității (elaborat, complex și influențat de modelele socio-culturale).

Ca elemente bazale, afectele se constituie în stocajul holotimic al experienței sensibile. Reprimarea afectelor poate duce la apariția unor manifestări somatice (parestezii, tahicardie, hipersudorație — practic nu este vorba de reprimare, ci de faptul că o stare de afect se însoțește de o componentă vegetativă). În patologia psihică majoră, afectele sînt manifes-

stări bruște, directe, neelaborate, uneori fără legătură cu un stimul exterior și avind efect dezorganizator asupra comportamentului ; în aceste cazuri, afectele generează acțiuni imprevizibile. Stările de afect care provoacă astfel de comportamente se numesc crize de afect.

H. EY împarte afectele în două mari categorii :

- afectele depresive (cele care exprimă o insatisfacție și o tensiune pulsională : dezgustul, neliniștea, furia, disperarea etc.) ;
- afectele expansive (cele care exprimă o satisfacție a trebuințelor și pulsioniilor : bucuria, entuziasmul, stările de extaz patologic etc.).

În psihanaliză, prin afect se înțelege orice stare emoțională, pozitivă sau negativă, difuză sau precisă, constând fie într-o descărcare masivă, fie într-o tonalitate generală. FREUD consideră că orice pulsione are două forme (registre) de manifestare : afectul și reprezentarea, afectul fiind expresia calitativă a unei cantități de energie pulsională.

Studiind organizarea nevrozelor, FREUD vorbește, pe de o parte, de o constituție sexuală anume (dezvoltare nearmonioasă a diferitelor componente ale libidoului), pe de altă parte, de cauze ocazionale, din mediul imediat, favorizând perturbări psiho-sexuale (complexe create în cadrul primelor relații cu părinții, tulburări ale fixării ulterioare a libidoului în obiecte) ; influențele afective din copilărie și, în special, fixațiile legate de aceste influențe pot fi intense și generatoare, mai târziu, de simptome nevrotice. Așadar, în producerea nevrozelor, un rol important îl joacă incapacitatea de reacție normală la un eveniment cu pronunțat caracter afectiv (BREUER și FREUD, în studiile lor asupra isteriei). Emoțiile intrate în inconștient capătă o putere patogenă. La isterici și la obsesionali, există o anumită „cantitate” de traume afective. Modificările afectului în nevroză sînt : conversia — mecanism particular de simbolizare afectivă, constând în transformarea unor elemente ale libidoului, refulate, în simptome somatice (isteria de conversie) ; deplasarea afectului — în obsesii, la baza obsesiei stînd o stare afectivă. Această emoție este transportată asupra unor obiecte diverse, altele decît cele care, în mod normal, ar trebui să suporte investiția afectivă în cauză ; ea se plasează deci într-un obiect oarecare, în mod logic inaccesibil unei investiții de sentiment. Obsesionalul ignoră cauza simptomelor sale nu pentru că ar fi uitat incidentele sau evenimentele puternic împregnate afectiv și care au exercitat o influență

pregnantă asupra lui, ci pentru că el nu mai găsește legătura logică primitivă între aceste incidente și sentimentele provocate de ele. Ideea sau reprezentarea primitivă a fost substituită cu alta, absurdă sau infimă ca importanță, prin mecanismul deplasării afectului, psihismul se debarasează de sentimentul primitiv neplăcut, penibil.

În transformarea afectului în nevroză de angoasă, la originea simptomelor stă modul diferit al fiecărui subiect de a reacționa la o emoție, îndeosebi incapacitatea de a descărca specific tensiunii care, drept urmare, iradiază și se repartizează anormal, descărcarea fiind nespecifică și inadecvată ; anxioșii sînt astfel predispuși să reacționeze la descărcarea incompletă a tensiunii prin angoasă, datorită conflictelor latente existente în profunzimea vieții lor instinctive (de exemplu, fixația infantilă la părinți cu inaptitudinea de „sevrăj”). Tot o transformare de afect are loc și în melancolie. Se degajă două perspective ale afectului : afectul ca răsunet emoțional la o experiență puternică și afectul sub aspect cantitativ (cantitate de investiție). În teoria inconștientului și a refulării, afectul se definește ca o stare subiectivă (expresie subiectivă) a unei cantități de energie pulsională. FREUD diferențiază, la un moment dat, reprezentarea inconștientă și sentimentul inconștient (odată refulată, reprezentarea rămîne în inconștient ca atare, în timp ce afectului inconștient îi corespunde un rudiment emoțional care nu s-a putut dezvolta). Ceea ce este specific afectului este aspectul de trăit, de eveniment vechi, cu importanță vitală.

JUNG consideră afectul drept stare emoțională foarte puternică, pe parcursul căreia conștiința se îngustează pînă la dispariție ; persoana acționează ca sub imperiul unei posesiuni interioare, fapt care, ulterior, naște teamă ; în acest sens, umanitatea tinde, din cele mai vechi timpuri, în mod defensiv, la consolidarea conștiinței (ritualurile, dogmele, „reprezentările colective”). Afectul este profund legat de inconștient și semnifică un pericol real sau potențial („perils of the souls”). Tot JUNG consideră afectul (emoția) ca stare necesară conștientizării, emoția facilitează conștientizarea (vezi și transferul, eliberarea de conflictele inconștiente, prin retrăirea emoțiilor) experiențelor emoționale infantile, care au generat aceste conflicte.

316. AFECT DETAȘAT ● Termen introdus de FREUD în sprijinul explicației sale privitoare la mecanismul obsesiilor și fobiilor. Poartă opiniei sale, conținutul unei idei care

este greu acceptabil pentru subiect, adesea insuportabil, se poate detașa de afectul care îi este asociat, putând astfel rămâne în sfera conștiinței și atenuându-și aspectul (caracterul) de insuportabilitate. Afectul care îi corespunde persistă însă și se atașează altor idei care, deși sînt în mod normal acceptate de conștient, devin, în urma acestor asociații, obsesii. Fenomenul prezentat este investit de FREUD cu rol de mecanism de apărare.

317. **APECT DISLOCAT** — sin. **APECT DEPLASAT**; **TRANSPOZIȚIE DE AFECT** ● Frecvent întilnit la subiecții cu manifestări obsesiv-compulsive și depressive, constă în deplasarea componentei afective a unei idei inconștiente spre o altă idee, inofensivă și fără legătură cu prima.

318. **APECT FANTEZIE** ● Termen introdus de JUNG, cu referire la unele producții ale fanteziei care, prin puternica lor încărcătură afectivă, devin afecte.

319. **APECT STRANGULAT** ● Este afectul care suferă o reprimare împreună cu conținutul ideativ care îi este atașat, rămînînd împreună în sfera inconștientului și generînd diferite manifestări psihosomatice.

320. **APECTABILITATE** (cf. lat. *affectus* „stare, sentiment”; *habilitas* „aptitudine, facultate”) ● Utilizat uneori pentru a desemna capacitatea subiectului de a-și exprima emoțiile, sentimentele; termenul este mai rar întilnit în limbajul psihiatric.

321. **APECTARE** (cf. lat. *affectare* „a încerca, a căuta, a urmări”) ● Modificare comportamentală și atitudinală caracterizată prin note de artificial, manierism, teatralism, inautenticitate — este modalitatea de expresie a imaturității și a unor subiecți dizarmonici.

Atunci cînd afectarea se manifestă prin copierea unor acțiuni și/sau exprimări ale altor persoane (de obicei, suferinzi somatici sau psihici) cu scopul evident al obținerii unui beneficiu (stimă, compasiune din partea anturajului), poate fi asimilată cu una dintre formele de simulație.

322. **APECTEPILEPSIE**^(S) **sindrom** ● Termen folosit în special de școala germană desemnînd o formă particulară de crize convulsive, asemănătoare cu cele epileptice, dar fără corespondent EEG, care pot apărea la adolescenți cu tulburări de comportament și a căror declanșare este net psihogenă. Diferențierea lor de manifestările isterice — după unii au-

tori — ar fi dificil de efectuat, datorită legăturii nete cu factori emoționali → BRATZ^(S) — sindrom.

323. **APECTIV**^(P) **delir** ● Denumire dată de SNEJEVSKI unor deliruri care au la bază polarizarea dispoziției afective (euforice sau depressive); se reiau astfel studiile mai vechi ale lui MASSELON (1906), care afirmă că „delirul melancolic se naște cel mai adesea din starea afectivă. Ideea delirantă vine să întărească starea afectivă, să o precizeze și să o justifice”. Autorul propune, în acest fel, un mecanism generator al delirului care ar fi mai „logic”.

Ca și alți autori, împărtășim părerea că, indiferent de mecanismul generic, delirul se traduce printr-o modificare globală a personalității subiectului, a raportului său cu lumea, în întreg cortegiul de fenomene ideoaffective prin care se realizează.

324. **APECTIVITATE** (fr. *affectivité*) ● Ansamblu de manifestări psihice a căror trăsătură esențială și definitorie este aceea de a resimți realitatea exterioară, de a o reflecta prin trăiri pozitive sau negative, de la emoție la sentiment. Ansamblu al proceselor și stărilor emoționale sau afective. Aspect fundamental al vieții psihice prin care se realizează legătura dintre realitatea interioară a subiectului și cea externă. Proces dinamic și continuu, afectivitatea este intricată organic în „viața instinctivă; gândire și afectivitate” (KAMMERER). Ea pune în rezonanță două modalități de existență a realității: „cea subiectivă și cea ambientală”, pentru a crea un ansamblu unic de trăiri, „irepetabil în dinamica sa personală”, realizînd o „simfonie subiectivă a vieții interioare a individualității” (PREDESCU, IONESCU). Afectivitatea are rol dinamic și energetic pentru întreg sistemul psihic, însoțește într-un fel sau altul fiecare componentă a psihismului pentru a se reflecta global în trăiri (PAVELCU). Geneza aspectelor vieții afective este legată de un sistem de determinări plurimodal, în care se intrică de la factori biofizologici pînă la sisteme motivaționale foarte complicate, determinate axiologic și socio-cultural. Fenomenele vieții afective nu pot fi analizate în afara unui sistem ordonat, din a cărui dinamică rezultă varietatea legată de: sensul (pozitiv sau negativ) și intensitatea (sau amplitudinea) răspunsului comportamental, precum și stabilitatea stării afective. Stimulii sau situațiile externe care declanșează o trăire afectivă trebuie să aibă un grad de nouitate, de neașteptat sau o investire afectivă anterioară (M. GOLU), în caz contrar rămîn neutri. Sub raportul complexității,

se poate vorbi de o afectivitate bazală — hotimică, căreia îi corespund emoțiile primare și dispoziția legată, neurofiziologic, de formațiunile subcorticale, și biochimic, de neurotransmițători, și o afectivitate elaborată catatimică (H. W. MAIER), căreia îi corespund emoțiile secundare (pasiuni, sentimente) legate de nivelul cortical, în a cărei determinare sistemul condiționare-învățare și modelele axiologice joacă un rol esențial. Cele două niveluri nu pot fi disociate decât din punct de vedere teoretic, în fapt ele acționând unitar, fără ca prin aceasta să se înțeleagă un proces linear de sincronizare, procesul adaptativ implicând și momente de disonanță care, atunci când depășesc un anumit gradient, pot avea expresie psihopatologică. Originea acestora ar fi situată, după unii autori, în inconștient, unde activitățile reflexe și conduitele instinctive (de care afectivitatea este indisolubil legată) determină o tensiune a cărei descărcare reprezintă analogul inconștient al plăcerii și sursa ei biologică. Felul în care afectivitatea este resimțită sau devine o rezultantă a corporalității, a generat vii dezbateri, care au pus pe prim plan fie modificările corporale induse de afectivitate (HERBART), fie afectivitatea ca rezultat al modificărilor corporale (JAMES, LANGE). Ca și alți autori, nu putem subscrie nici la teoria „intelectualistă”, nici la cea „fiziologistă”. De fapt, în analiza afectivității trebuie integrate atât modelul neurofiziologic, cit și cel psihologic și psiho-social, între care nu există nici un fel de dichotomie. Fără a intra în amănunte, vom menționa că nivelele de integrare ale afectivității din punct de vedere anatomo-fiziologic, deși nu pot fi pe deplin precizate, sînt legate de : lobul frontal (ca zonă integratoare), lobul temporal (memoria afectivă, echilibrarea, nivelul reactiv), lobul parietal, girus cinguli (legat de integrare, afectivitate-activitate motorie), talamusul (factor de modulare al expresiei afective), hipotalamusul (ca sediu principal al emoțiilor de întărire prin mecanismele neurohormonale ale controlului scoartei), rinencefalul (cu rol în afectivitatea bazală, neelaborată). Trebuie amintită aici ipoteza existenței circuitului anatomic al emoției : hipocamp, fornix, hipotalamus, nucleii talamici anteriori, cortex cingular și înapoi în talamus (NAUMA, Mac LEAN). Această trecere în revistă demonstrează odată în plus justetea afirmației lui BRAIN-STRAUS că o căutare a zonei sistemului nervos central pentru emoție, cu cit este mai intensă, cu atit nu duce la rezultate concrete, prin aceasta demonstrîndu-se încă

o dată largă bază neuro-fiziologică a afectivității.

Formele de manifestare a afectivității : afectele, dispozițiile, emoțiile, sentimentele, pasiunile fac obiectul unor descrieri separate. În ceea ce privește baza biochimică a afectivității, domeniul ipotezelor este mai larg decit



Murillo

cel al certitudinilor. Unele clasificări au fost aduse de studiile asupra tulburărilor afectivității, în special de cele privind depresia. Aceasta se referă la cele două căi monoaminergice (catecolaminică și serotoninică), precum și la existența unui liant endogen, reglator al dispoziției. Un rol important în afectivitate, mai ales în cea bazală, par să-l aibă ritmurile biologice, care sînt variabile individuale. În ceea ce privește afectivitatea elaborată, factorii ecologici, învățarea, experiența individuală și colectivă sînt tot atitea componente care nuanțează puternic aceste manifestări ale afectivității. Pentru psihiatru, tulburările de afectivitate sînt de o importanță deosebită atit prin imposibilitatea de a separa celelalte modificări psihice de substratul lor energetic, afectiv, cit și prin omniprezența tulburărilor în vasiotalitatea tablourilor simptomatologice. Tulburările afectivității pot fi grupate în : stări de afect, tulburări ale dispoziției (cantitative, hiper- și hipotimiile, sau calitative), tulburări ale afectivității elaborate. Școala americană de psihiatrie introduce în clasificare, sub numele de tulburări afective,

tulburările afective majore (tulburarea bipolară, depresia majoră), alte tulburări afective specifice (tulburarea ciclotimă, nevroza depresivă) și tulburările afective atipice. Considerăm însă că și tulburările anxietății (tulburările fobice, stările anxioase și stresul posttraumatic) aparțin tulburărilor afective. Aceiași autori descriu un sindrom organic afectiv (de tip maniaco sau depresiv) indus de un factor organic specific (toxic, endocrin, metabolic sau cerebral). Polimorfismul tulburărilor afectivității face necesară tratarea lor în articole diferențiate.

325. AFFECTIVITATE BAZALĂ ^{sin.} → HOLO-TIMIE.

326. AFFECTIVITATE ELABORATĂ ^{sin.} → CATATIMIE.

327. AFFECTIVITATE PARADOXALĂ ●
Reacție afectivă în care răspunsul normal la stimulul afectogen nu este numai diferit, ci și opus celui așteptat. De obicei, această reacție este de scurtă durată și poate apărea și la subiecții normali. Ea are o semnificație diferită și o frecvență mult mai mare în schizofrenie.

328. AFFECTIVITATE — tulburări de ●
Tulburările de afectivitate sînt numeroase, avînd în vedere atît complexitatea vieții afective, modalitatea de exprimare, cît și personalitatea subiectului.

Clasificarea propusă de noi este următoarea :

- Stările de afect
- Tulburările dispoziției :
 - Hipotimii :
 - Indiferență
 - Apatia
 - Atimia
 - Hipertimii :
 - Anxietatea : nevrotică, psihotică, raptusul, echivalențe
 - Depresia : nevrotică, psihotică, mascată, echivalențe
 - Disforia
 - Euforia : hipomania, mania
- Tulburări ale dinamicii dispoziționale :
 - Rigiditatea afectivă
 - Labilitatea emoțională
- Tulburări ale emoțiilor elaborate :
 - Paratimiile : inversiunea și ambivalența afectivă
 - Fobiile
 - Extazul

329. AFFECTIVO-AUDITIVE⁽¹⁾ iluzii ● De-semnează acele iluzii de tip auditiv, descrise de H.EY, care apar în stare de alertă, pe fond de anxietate crescută, constînd în reflectarea denaturată a unor excitanți sonori din ambianță (zgomote, pași, șoapte etc.), prin exagerarea lor și atribuirea de semnificații greșite.

330. AFECTIUNE ● Sentimente și emoții cu caracter pozitiv, pe care o persoană le încearcă față de o altă și din care lipsește motivația sexuală. Termenul are un important grad de imprecizie, confundîndu-se uneori cu AFFECTIVITATEA → . În genere, afecțiunea implică o notă de valorizare legată de ierarhizarea sentimentelor în raport cu celălalt. Lipsa de afecțiune, mai ales în relațiile de la nivelul grupurilor familiale și socio-profesionale, poate sta la originea unor conflicte intrapsihice.

În practica medicală, termenul este folosit și în sensul de suferință, boală.

331. AFECTIUNE MASCATĂ ● Prin acest termen STEKEL descrie comportamentul adoptat de unii indivizi pentru a-și ascunde sentimentele lor intime. Blîndețea comportamentală, sensibilitatea cu care își tratează aparent partenerii, toleranța, nu sînt decît o „mască de dragoste pentru fața reală de ură”. În cazul unor reacții, aceasta iese la iveală, pîrînd inexplicabilă.

332. AFECTIUNI CARDIO-VASCULARE — rezonanțe psihice ● Sînt luate în discuție unele tulburări psihice de intensitate variabilă (nevrotică, psihotică, modificări ale cîmpului conștiinței), care apar secundar instalării unor boli ale aparatului cardio-vascular. Deși este un „organ silențios”, cordul surprinde prin răsunetul deosebit de zgomotos sub care se manifestă în timpul diferitelor boli ce îl afectează, interesantă fiind observația că atît suferințele organice acute (de exemplu, infarctul de miocard), cît și cele funcționale (nevroza anxioasă, cenes-topată cu focalizare cardio-vasculară) sînt circumstanțe la fel de spectaculoase în ceea ce privește amploarea și dramatismul manifestărilor clinice.

Relația între funcția cardiacă și modificările pe plan psihic nu este doar simbolică (inima a fost considerată totdeauna organul central al vieții, „motorul”), ci fiziologică, fiind bine cunoscută interdependența dintre frecvența și ritmul cardiac și starea de teamă, panică, minie (cu extensie în psihopatologie, în stările de angoasă). Au fost realizate tehnici de înregistrare poligrafică (printre care

și „detectorul de minciuni“), care au adus contribuții prețioase la cunoașterea participării cordului înaintea și în timpul unei stări conflictuale.

Interesantă li s-a părut medicilor, din cele mai vechi timpuri, asocierea dintre tulburările aparatului cardio-vascular și diferitele manifestări psihice, mergînd de la tulburări de comportament „comprehensibile“, pînă la dramatice episoade confuzionale (descrise de WATSON în 1836) sau izolarea unor tipuri distincte de personalitate (în 1880, D'ASTROS descrie un tip „mitral“, cu tendințe depresive, și unul „aortic“, inclinat spre anxietate, iritabilitate, irascibilitate). În 1967, KOUERNICK va nega definitiv această specificitate, subliniind arbitrariul stabilirii unei relații între trăsăturile psihice ale unui individ și funcționalitatea cardiacă. Nu este însă de neglijat faptul că o serie de manifestări psihice induc modificări ale funcționalității cardiace: este devenită aproape clasică aritmia extrasistolice și modificările tensionale generate în contextul dezordinii vegetative din anxietate; extrasistolele, modificările tensionale nu fac altceva decît să accentueze anxietatea, care va accentua, la rîndul ei, „disvegetoza“, întreprinzînd un cerc vicios cu pronunțat ecou pe planul psihismului. S-a mai stabilit că pentru un bolnav cardiac, orice psihotraumă înseamnă un factor declanșator al unei simptomatologii psihice, care accentuează în același timp și suferința cardiacă.

Înscriindu-ne în acest context, menționăm că afecțiunile cardiace determină o perturbare a proceselor psihice, prin modificările hemodinamicii și homeostaziei gazelor din sînge, care vor avea efecte negative asupra circulației cerebrale (ca, de altfel, și asupra circulației în întregul organism), producînd, la acest nivel, perturbări de intensități și forme diferite, care pot merge pînă la stări confuzionale.

Nu mai puțin lipsit de importanță, este statutul de „handicapat“ pe care, chiar în condițiile actuale de progres terapeutic, bolnavul cardio-vascular îl resimte, fiind un dependent de un anumit regim de viață, de anumite medicamente și toate acestea generează o suită de reacții psihologice, care au la bază sentimentul neputinței, al purtării unei poveri, datorate bolii cardiace, și perspectiva unei speranțe scăzute de viață. Aceste stări ajung să determine modificări importante în relațiile sociale și familiale ale subiectului. La un moment dat, se poate ajunge în situația în care, în mod evident, rolul structurii personalității subiectului apare mai important decît

gravitatea cardiopatiei. Orice subiect care află că suferă de o boală cardiacă va reacționa, inițial, printr-o stare de anxietate, care suferă pe parcurs o perioadă de stabilizare și atenuare, bolnavul avînd tendința de a se menaja.

De la descrierile din secolul trecut (P. MARIE, 1897, a oferit un tablou semnificativ privind aspectul delirant la un subiect cu infarct miocardic, iar observația lui HERRICK în 1912 este pertinentă în sensul păstrării lucidității acestor bolnavi, în discrepanță cu cea a lui KIAERGAARD, din anul următor, care remarcă sindromul confuzional din perioada acută a instalării leziunii miocardice), pînă la accepțiunea modernă a psihosomaticienilor este o cale lungă, presărată de nenumărate interpretări nu lipsite de originalitate. Astfel, partizanii doctrinei lui ALEXANDER și cei ai lui PAVLOV își dispută puncte de vedere diferite, primii fiind de inspirație psihanalitică, iar ceilalți adepții teoriei interacțiunii mediului exterior cu funcționarea centrilor cerebrali, prin intermediul mecanismelor de condiționare.

În accepțiunea psihosomatică, disfuncțiile aparatului cardio-vascular se pot sistematiza (HAYNAL) în: tulburări funcționale (manifestări somatice ale emoțiilor fundamentale, ale anxietății sau ale depresiei) de tipul tahicardiei, extrasistolelor și senzațiilor dure-roase de genul presiunii, înțepăturilor, „opriților“ inimii și pseudo-angorului; boli psihosomatice majore: infarctul miocardic și hipertensiunea arterială, în care elementele psihologice joacă un rol secundar în cadrul înlănțuirii etiopatogenice.

Alți autori, de formație fiziopatologică riguroasă (KOUERNICK), sînt de părere că patogenia „delirului cardiac“ se datorează unei alterări permanente a metabolismului cerebral, care determină secundar insuficiență hepatică sau renală, perturbări ale hemodinamicii prin policitemie, stază venoasă și hipotensiune arterială și concentrația în sînge a oxigenului scade, cea a bioxidului de carbon crește și astfel apare acidoza. În infarctul miocardic, tulburările psihice secundare, sînt atribuite ischemiei cerebrale provocate de scăderea debitului cerebral și de creșterea rezistenței vasculare cerebrale. Apar și hemoragii microscopice difuze, datorită perturbărilor neurovegetative complexe, care pot avea ca efect ramolismente locale. Patogenia tulburărilor psihice din hipertensiunea arterială, ca și exprimările lor clinice, sînt greu de diferențiat de cea a arteriosclerozei cerebrale, cu care de altfel se suprapune deseori, ca și de ma-

nifestările psihosomatice care stau la originea unor forme de hipertensiune arterială.

Manifestările psihice pot include, de la simpla simptomatologie neurastenică „benignă” (cefalee, tulburări de echilibru nesistemizate, astenie, tulburări hipnice, depresie și anxietate), pînă la manifestările grave ale encefalopatiei hipertensive, cu episoade confuzionale nocturne tranzitorii, cu caracter oniric (MARCHAND a denumit-o „claudicație cerebrală intermitentă”).

În infarctul miocardic, datorită ischemiei cerebrale apar stări de somnolență, torpoare sau excitație, chiar stări confuzionale cu bufee delirante și onirice. Anxietatea bolnavului cu accident coronarian acut este profundă, pentru că dramatismul suferinței sale somatice îl face să „trăiască”, parțial, trecerea spre ne-ființă. Profunzimea trăirii angoasante se datorește tocmai acestei senzații de „iminență a morții” (remarcată de multă vreme de cardiologi), astfel încît suprimarea trăirii anxioase la acești subiecți este absolut necesară. Acesta este și motivul pentru care lucrările recente de cardiologie recomandă, ca prime măsuri ce trebuie instituite în infarctul miocardic, pe lîngă cele clasice, și măsuri de analgezie și anxioliză.

În faza acută a endocarditelor, manifestările psihice pot fi de tipul stărilor confuzionale, de multe ori cu aspect delirant — datorat,

în special, creșterii temperaturii corporale (→ DELIR FEBRIL).

Emboliile septice pot determina encefalite, meningo-encefalite, abcese cerebrale. Instalarea edemului cerebral, ca urmare a decompensărilor cardiace, induce apariția somnolenței, a stuporului, a episoadelor scurte, tranzitorii, delirant-onirice. În cazul valvulopatiilor operate, apare postoperator un sindrom halucinator delirant, cu mutism cata-tonic, explicat de modificările termodinamice cu repercusiuni asupra circulației cerebrale (anoxemie), dar și, probabil, prin intervenția altor factori încă necunoscuți.

Dacă asocierea frecventă dintre cardiopatiile congenitale și debilitatea mintală este bine cunoscută, mai puțin citate (și recunoscute) sînt sindroamele schizofreniforme care pot apărea la acești malformați. Decompensarea cordului drept determină o stază venoasă, a cărei consecință va fi apariția hipertensiunii intracraniene cerebrale, în general bine tolerată. Importante sînt manifestările psihice apărute ca efecte secundare ale medicației cardiotonice și DUROZIER a descris, în acest sens, episoade confuzionale halucinatorii la bolnavii intoxicați cu digitală.

Considerăm util a prezenta succint cele mai frecvente tulburări psihice ce survin în principalele afecțiuni cardiovasculare : (vezi tab. I)

Tabel nr. I

INSUFICIENȚA CARDIACĂ DECOMPENSATĂ (valvulopatii, cardiopatii)

Semne psihice	Semne generale	Examine paraclinice și de laborator
<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate, neliniște nocturnă ; ● insomnie, vise terifiante ; ● îngustarea cîmpului conștiinței, în diferite grade : somnolență sau excitație, episoade confuzionale, delir oniric cu fugă și suicid 	<ul style="list-style-type: none"> ● semne subiective, dispnee de efort și de decubit, tuse uscată, respirație Cheyne-Stokes, retenție de lichide (oligurie, edeme, ascită), astenie ; ● semne obiective : cardiomegalie, galop protodias-tolic, hepatomegalie, ju-gulare turgescențe, cianoză. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rx : cord mărit de volum, edem pulmonar ; ● concentrația O₂ în sînge scăzută, a CO₂ crescută ; ● acidoză ; ● policitemie ; ● modificări biochimice ale metabolismului hepatic și renal.

Evoluția tulburărilor psihice este paralelă cu cea a bolii cardio-vasculare care le-a generat, ele ameliorîndu-se odată cu aceasta. Faptul că în majoritatea lor, aceste boli au o durată îndelungată, chiar pe toată viața, conferă un caracter cronic și simptomelor psihice. Este

vorba, mai ales, despre simptomele de intensitate nevrotică, deoarece episoadele acute delirante sau confuzionale se remit concomitent cu faza acută a decompensării cardiace. Trebuie remarcat potențialul evolutiv deosebit de grav, către exitus, pe care îl are și

Tabel nr. II

INFARCTUL MIOCARDIC

Semne psihice	Semne generale	Examenе paraclinice și de laborator
<ul style="list-style-type: none"> ● în faza acută : anxietate intensă, senzație de moarte iminentă, panică, excitație, inhibiție psihomotorie și rareori convulsii, comă ; în 1/5 din cazuri domină starea confuzională acută, cu stupor sau agitație și delir oniric ; ● în convalescență : CROOG descrie 3 faze în primele zile : anxietate intensă, faza depresivă, faza de refacere ; ● sechele psihice : astenie fizică și psihică, stări depresive de diferite intensități, diminuarea variabilă a memoriei, atenției și asociațiilor până la deteriorare gravă. 	<ul style="list-style-type: none"> ● semne majore : dureri precordiale sau cu diverse iradieri, cu debut brusc, durată și intensitate particulară ; ● semne minore : greață, vărsături, astenie ; ● clinic : paloare, transpirații reci, cianoza extremităților, TA scăzută, puls tahicardic, temperatură ridicată (38°C), asurzirea zgomotelor cardiace. 	<ul style="list-style-type: none"> ● leucocitoză ; ● VSH crescut ; ● hipercoagulabilitate precoce, apoi hipocoagulabilitate ; ● hiperglicemie ; ● TGO crescută.

Tabel nr. III

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ (esențială)

Semne psihice	Semne generale	Examenе paraclinice și de laborator
<ul style="list-style-type: none"> ● cefalee, amețeli, fosfene acufene ; ● astenie fizică și psihică ; ● intoleranță la zgomote ; ● emotivitate superficială cu accese de iritabilitate ; ● labilitate afectivă ; ● depresie ; ● anxietate ; ● insomnii ; ● episoade confuzionale tranzitorii, mai ales nocturne, cu onirism, denumite de MARCHAND „claudicație cerebrală intermitentă“. 	<ul style="list-style-type: none"> ● semne subiective și palpitații, dispnee, dureri precordiale ; ● semne obiective : creșterea dimensiunilor inimii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rx : dilatarea aortei ascendente ; ● EKG : hipertrofia ventriculului stâng ; ● examen FO : retinopatie hipertensivă stadiul I—IV.

astăzi infarctul miocardic acut sau encefalopatia hipertensivă. În orice caz, nu se poate stabili o legătură directă și specifică între intensitatea sau forma tulburării psihice și prognosticul bolii de bază, definitoriu fiind, se

pare, numai gradul în care este afectat țesutul cardiac și cerebral.

Un rol iatrogenizant îl au multiplele investigații cu aparatură din ce în ce mai complexă, cu ajutorul cărora se poate evalua astăzi func-

Tabel nr. IV

ENCEFALOPATIE HIPERTENSIVĂ (acută, cronică)

Semne psihice	Semne generale	Examen paraclinice și de laborator
<ul style="list-style-type: none"> ● cefalee intensă § ● crize convulsive generalizate § ● tulburări de conștiință de diferite intensități, pînă la exitus § ● tulburări de personalitate (emotivitate, labilitate afectivă, astenie, depresie) § ● semne neurologice de focar: nistagmus, cecitate psihică, slăbirea forței membrilor. 	<ul style="list-style-type: none"> ● vomă § ● TA diastolică > 140 mm Hg. 	<ul style="list-style-type: none"> ● examen FO : edem papilar, retinopatie hipertensivă § ● semnele de laborator ale insuficienței renale acute și ale insuficienței cardiace.

Tabel nr. V

ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ DIFUZĂ (progresivă, paroxistică)

Semne psihice	Semne generale	Examen paraclinice și de laborator
<ul style="list-style-type: none"> ● cefalee, amețeli, astenie § ● tulburări vizuale, parestezii ale extremităților § ● insomnii ; ● emctivitate superficială, puerilă ; ● labilitate afectivă § ● tendință la depresie § ● slăbire intelectuală (evidențiată psihometric) inițial cu critică ; ● episoade confuzionale mai ales nocturne ; ● delir oniric, cu idei delirante de persecuție, de grandoare, de prejudiciu, de otrăvire ; ● depresie psihotică cu elemente anxioase și hipocondriace ; ● stări maniacale cu preocupări erotice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ateromatoză periferică (neobligatorie) : a. radială, a. temporală, aortă ; ● HTA (TAd > 110 mm Hg) § ● semne clinice ale insuficienței cardiace § ● examen neurologic : ROT vii, Babinski izolat, discret deficit motor, acomodarea la lumină lentă. 	<ul style="list-style-type: none"> ● examen radiologic, cardiac : derularea, calcificarea aortei ; ● examen FO : semnul Sal-lus — Gunn ; ● colesterolemia nu este semnificativă.

— Forme ce debutează cu un accident neurologic

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Crize convulsive § ● Ictus apoplectic § |
|--|

Tabel nr. V (continuare)

— Sindrom pseudobulbar (formă clinică particulară)

● deficit intelectual

● tulburări neurologice : pareză spastică a musculaturii extremității cefalice (față, deglutiție, masticație, fonație), mișcări voluntare mult diminuate, mișcări involuntare accentuate, fațieș imobil, voce monotona, cu timbru modificat, palilalie, ris și plins spasmodic, mers cu pași mici, astazo-abazie, micțiuni involuntare, incontinență sfincteriană

ționalitatea aparatului cardio-vascular. Iatrogenizant pare a fi, în primul rând, modul gradat (de altfel necesar) al acestor investigații. Spre exemplu, unui tânăr cu „palpitații” examenul clinic și o simplă electrocardiogramă îi sînt suficiente pentru infirmarea unei afecțiuni, dar dacă tinărului (care, de obicei, este un anxios emotiv), după ce nu i s-au găsit modificări semnificative la electrocardiogramă, i se recomandă o ecocardiogramă, noi consulturi etc., el capătă convingerea că „trebuie” să aibă „ceva la inimă” care este mai greu de diagnosticat, ceea ce pentru neinițiați este egal cu „ceva grav”. Pe de altă parte, simpla supunere a subiectului la aceste investigații și înminarea rezultatului fără nici un fel de explicație din partea medicului, poate da naștere la interpretări greșite, pe care acesta, din neștiință, le dă unui rezultat normal.

Tratamentul — presupune vizarea simultană a ambelor obiective, indivizibile în unitatea lor : afecțiunea cardio-vasculară și simptomatologia psihică consecutivă. Tulburările psihice apărute pe acest fond pot ceda parțial sub tratamentul etiopatogenic, dar acesta necesită uneori completarea cu medicație psihotropă (tranchilizante minore — în nici un caz neuroleptice sedative și antidepressive). Tabloul clinic al insuficienței coronariene se poate ameliora substanțial dacă, la medicația etiopatogenică (antianginoase, anticoagulante), se adaugă tranchilizante din grupa benzodiazepinelor și betablocante, în doze corespunzătoare ; aici este locul unde acestea din urmă își au o indicație de elecție. Betablocantele sînt mult folosite și în tratamentul tulburărilor nevrotice de tip anxios din cadrul hipertensiunii arteriale, exercitînd atît un efect hipotensor, cit și anxiolitic.

Creșterile paroxistice ale tensiunii arteriale însoțite de tulburări ale conștiinței vor beneficia, în primul rînd, de un tratament etiologic adecvat (diuretice, eventual venesectie, anti-edematoase cerebrale, hipotensoare majore) și apoi de medicație anxiolitică (benzodiazepine) ; neurolepticele se vor utiliza cu multă prudență, din cauza efectului lor confuzogen. Tulburările psihice apărute secundar scăderii valorilor tensiunii arteriale (numai hipotensiunea marcată și episodică, nu și cea constituțională) răspunde la administrarea de simpaticotone, mineralocorticoizi și psihotone.

333. **AFEMIE** (cf. gr. a- ; phemi „eu vorbesc”) Imposibilitate de a vorbi ; termen introdus de BROCA, în 1861. Nu este afazie (deși unii sînt tentați să o creadă). Subiectul este capabil să înțeleagă limbajul vorbit și scris, să răspundă la comenzi complexe, să se exprime în scris, ceea ce denotă conservarea limbajului interior. Este, de fapt, o apraxie limitată la mișcările necesare vorbirii, o anartrie apraxică, subiectul neputînd vorbi normal chiar dacă se concentrează, neputînd repeta cuvintele pe care le aude și nici citi cu voce tare. Funcția musculaturii limbii și a buzelor este intactă pentru alte activități (masticație, mîmică etc.). Paroxistic, poate constitui expresia unei epilepsii parțiale, determinate de o leziune a emisferului frontal stîng ; mai rar este durabilă, cînd traduce o leziune capabilă să întrerupă mecanismul prin care se asigură în emisferul dominant funcția vorbirii, sau un proces patologic care compromite organizarea motorie a acesteia.

Prin extensie, termenul este folosit și pentru afemii cu condiționări psihogene.

334. **AFEMIE ISTERICĂ** ● Imposibilitatea de a vorbi, declanșată prin mecanism isteric de conversie, fără a avea un suport organic. Este ușor de recunoscut, de cele mai multe ori, prin evidențierea elementului frustrant declanșator, precum și a trăsăturilor de personalitate accentuate sau dizarmonice de tip isteric.

335. **AFEMIE PATEMATICĂ** (cf. gr. *pathema* „accident”) ● Imposibilitatea de a vorbi datorită spamei puternice pe care o resimte subiectul. Este caracteristică reacțiilor, fiind de scurtă durată: de la câteva secunde până la câteva minute („i-a pierit graiul”, „a rămas blocat”). Revenirea se realizează la fel de brusc, încît în unele cazuri subiectul nici nu conștientizează parcurgerea acestei etape.

336. **AFEMIE PLASTICĂ** ● Este un mutism voluntar și nu o imposibilitate de a realiza actul vorbirii și trebuie interpretat în corelație cu cîțiva parametri: vîrstă, personalitate, nivel intelectual, context, sccp spre a i se putea conferi justa valoare, chiar în cazul unei semnificații patologice reduse.

337. **AFERENT** (cf. lat. *offerre* „a aduce”) ● Termen utilizat pentru a evidenția legătura de la periferie către centru. Căile nervoase aferente sînt cele senzoriale, care transmit excitațiile periferice spre centrul nervoși, de unde pleacă ulterior căile nervoase eferente, ducînd comanda organelor efectoare. Receptorii vin în contact sinaptic cu terminațiile dendritice ale neuronilor senzitivi din ganglionii spinali sau de pe trafectul unor nervi cranieni. Variațiile de potențial receptor produc depolarizări pasive în terminația dendritică, care ating pragul critic, descarcă potențiale de acțiune „tot sau nimic” ce se propagă celulipect (centripet). Informarea corectă a centrilor privind variațiile energiei excitantului se face la nivelul căilor de conducere prin modularea în frecvență. Numărul potențialelor de acțiune declanșate pe secundă este în funcție de amplitudinea potențialelor de receptor. Cea mai simplă cale aferentă este reprezentată de neuronul senzitiv spinal și de prelungirile sale.

Distribuția căii aferente în centrul nervoși se face sub două forme :

- convergența — mod de distribuție în care un singur neuron central primește contacte sinaptice de la mai multe fibre aferente ;
- divergența — ramificație a unei singure fibre aferente la mai mulți neuroni centrali.

338. **AFERENȚAȚIE** ● Proces de transport centripet informațional opus eferențatei, cu rol deosebit în neurofiziologie, fiind legat de mecanismul de feed-back privit ca o aferențatie secundară. În cadrul desfășurării unei acțiuni, se disting o aferențatie situațională (reflectarea premergătoare a acțiunii), una de declanșare (cu rol în formularea scopului), o aferențatie de sancționare (corectivă a acțiunii) și una finală.

339. **AFILAN**^(M) Anglia — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilizoindolic, de tip 5-(p-clorfenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a]isoindol-5-ol, practic fără efecte simpaticomimetice. Indicat în astenii severe, sevrăj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale NL și ale anticonvulsivanelor, în tratamentele de lungă durată.

340. **AFILIERE** (fr. *affilier*) ● Alăturare a subiectului la un grup pe baza unor criterii mutual acceptate sau a afinităților. Afilierea adolescentului la anumite grupări și mode, ca și apartenența lui la grupuri cu existență efemeră și slab structurate, țin de dorința lui de identificare, scara valorică și nivelul aspirațiilor nejuicînd rolul important pe care îl au în mod obișnuit. Se poate vorbi, în acest caz, de o pseudoafiliere sau de o afiliere tranzitorie, care nu are o semnificație deosebită; deși, în aparență, ar viza patologicul. Afilierea nu are autenticitate decît atunci cînd se bazează pe liberul consimțămînt și pe afinitățile subiectului.

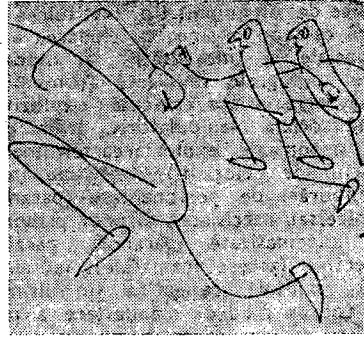
341. **AFILIAȚIE** (fr. *affiliation*) ● Caracteristică a comportamentului general uman conștient în a realiza legături cu una sau mai multe persoane. Nu numai că rezultă din geneza socială a personalității umane, dar asigură, în continuare, dezvoltarea laturii ei sociale. Originea ei trebuie căutată în procesul de dezvoltare și educație ale copilului, fapt demonstrat de unele cazuri de hiperdependență afectivă a acelor subiecți adulți care în copilărie au fost frustrați afectiv. În stările de anxietate nevrotică, în hipomanie, în stări hipochondriace, la structurile timopate euforice, se constată o tendință accentuată spre afiliere. Diminuarea acestei tendințe pînă la absența ei se întîlnește în decompensările depresive, la personalități distimice, în schizofrenie.

MURRAY vorbește despre trebuința de afiliație, ca trebuință psihogenă, stînd la baza atitudinii afiliative (a se asocia, a stabili prietenii, a intra în grupuri etc.)

342. **AFINITATE** (cf. lat. *affinitas* „înru-dire prin alianță”) ● Relație stabilită pe plan afectiv, caracterizată prin simpatie, atracția reciprocă și motivată prin similitudine sau apropiere de structuri, idei, sentimente, stă-tute, roluri, vîrstă etc. Se poate realiza între indivizi sau între individ și grup. Cînd relația se stabilește între individ și grup, ea poate fi expresia unui sentiment de apartenență la acest grup (la colectivitate). Individul poate găsi afinitate din dorința de a descoperi în alte per-soane un „obiect” complementar cu care să se identifice. Gruparea indivizilor în societate nu se face numai prin vecinătate, geografică, coabitare sau descendență, ci și pe principiile atragerii sau respingerii, care pot fi facilitate, dar nu determinate, de primii factori. Această grupare fondată pe simpatie, pe aspirații și proiecții comune duce la acceptarea „con-sensului social”, văzută ca o acceptare a ce-lor cu care individul trăiește în comun. În această grupare, factorul psihologic trece pe prim plan, determinînd interferențe multiple. Factorii pe baza cărora se constituie afinitatea sînt: lingvistici, politici, culturali, etnici, morali, religioși etc. Tipul de reacție al indivizilor din grup este, de asemenea, un factor de coeziune, acesta fiind în relație cu particularitățile psihologice, cu sistemul de judecăți și valori, cu gusturi și preferințe, care via să completeze tabloul generic al afinită-ților. Pe baza afinităților se constituie și fa-miliile patologice, în care existența elemen-telor psihice morbide (care afectează în mare număr sau în totalitate pe membrii acestora), ca și persistența și ireductibilitatea unora din-tre ele, par adesea inexplicabile. Apariția delirului indus; mult mai frecvent în cadrul familiei, își poate găsi motivarea în afinitatea stabilită între membrii familiei. Același lucru este valabil și pentru unele toxicomanii.

343. **AFIRMARE** (cf. lat. *affirmare* „a în-tări, a confirma, a afirma”) ● Sensul concret al termenului se referă la comunicarea unei judecăți, afirmative sau negative, ca fiind ade-vărată. În sens psihologic, reprezintă o expr-i-mare prin comportament a propriilor parti-cularități ale personalității, constituind un aspect pozitiv al existenței subiectului în re-lațiile sale cu mediul. Prin afirmare de sine se înțelege comportamentul tipic uman, reflec-tînd o constelație de trebuințe secundare (dobîndite sub influență socio-culturală), prin care personalitatea își exprimă autonomia de sine și valoarea personală. Poate fi con-siderată concomitent ca aspirație (trebuință de împlinire spre „mai mult și mai bine”) și ca atitudine personală (raport între carin-

tele și exigențele sociale și cunoașterea po-sibilităților, corelat cu trebuința de valori-zare individuală). Dacă la nivel animal afir-marea de sine corespunde impunerii unor in-divizi în cadrul speciei sau a unor specii pe baza selecției naturale, datorită în primul rînd înzestrării cu calități superioare (forță, viteză, acuitate senzorială etc.), iar dispariția unor specii de animale poate fi interpretată ca slă-biciune genetică sau lipsă de rezistență la con-



dițiile schimbătoare, de multe ori vitrege, ale mediului, la nivelul speciei umane, com-portamentul de afirmare poartă amprenta infimă a instinctului de conservare, fiind fun-damental saturat de factori socio-culturali.

Sub raport etiologic și instrumental, afir-marea de sine prezintă mari variații indivi-duale. La copii și adolescenți, afirmarea de sine se manifestă prin atitudini de opoziție sau prin vedetism și originalitate juvenilă, ca reacție față de atitudinile restrictive sau punitive ale părinților, reprezentînd o mani-festare „normo-funcțională”. La adult, afir-marea de sine se datorează, în mod normal, mai puțin și mai rar acestor exacerbări ale agresivității, ca sfidare a convențiilor și ca exhibiționism (trebuința de a face impresie, de a fascina, de a șoca, de a intriga sau a amuza pe alții nu reprezintă, de altfel, decît diferitele fațete ale dizarmoniei în drama ei), și mai ales nevoii de optimizare și perfecționare de sine. O cunoaștere de sine adecvată atrage dorința de auto-depășire, de valori-zare a aptitudinilor și talentelor, de verificare a acestora prin învingerea de obstacole. Aceasta corespunde trebuinței de performanță, sesizate de ATKINSON ca fiind specific umană, sau trebuinței de realizare, inserate de MUR-RAY printre cele 20 de trebuințe umane funda-mentale. Afirmarea de sine își are originea și în trebuința de prestigiu sau de recunoaștere socială, ceea ce corespunde tot cu o punere în valoare evidentă a aptitudinilor și calităților,

care însă, de data aceasta, sînt autentificate de importanța economică sau socială a produselor rezultate din valorificarea lor. Trebuința de afiliție, o altă trebuință inventariată de MURRAY, poate sta la baza afirmării de sine, ca de altfel și dorința de a sluji idei politice, sociale sau religioase.

Persistența la maturitate a formelor de opoziționism juvenil denotă o imaturitate emoțional-afectivă și un comportament pueril, care se circumscriu sferei personalităților dizarmonice de un anumit tip. Instituirea autoafirmării ca scop în sine, cu eludarea exigențelor sociale, a „moralității”, și indiferență față de mijloacele implicate (combativitate morbidă, agresivitate crescută, explozivitate, conduită socială manipulatorie, trafic de influență, mitomanie, exploatarea sentimentelor și slăbiciunilor celorlalți), constituie apanajul unor tulburări de personalitate (paranoiace, histrionice sau narcisiace), al unor psihoze delirante sistematizate (paranoia, parafrenia) sau afective (accese maniacale), sau al unor debilități mintale, reflectînd, în ultimă instanță, tot un mod de manifestare a patologicului.

344. AFONIE (cf. gr. *a-* și *phonē* „voce”) ● Tulburare a limbajului oral, cu caracter temporar, conștind dintr-o scădere accentuată a intensității voci; uneori pînă la dispariție. În patologia somatică, afonia apare în laringitele de etiologie infecțioasă, traumatică, neoplazică, de epuizare. În psihopatologie, terenul de elecție este isteria, în cadrul căreia se manifestă ca o conversie senzorială: (FREUD afirmă că istericul „vorbește prin corpul său”, convertind conflictele intrapsihice, durerea, suferința psihică, într-o suferință somatică). Afonia pituitică apare ca un tip de mutism în care subiectul își mișcă însă buzele, încercînd prin mimica sa să explice faptul că nu poate vorbi. Uneori reușește să emită silabe, articulări neinteligibile. Sînt descrise: nictofonia — incapacitatea de a vorbi în cursul zilei și emerofonia — incapacitatea de a vorbi în cursul nopții, simptome evident isterice. Prin logopedie, psihoterapie persuasivă (acompaniată de manevre de apăsare a toracelui pentru ca, prin presiunea exercitată, aerul ieșit din căile respiratorii superioare în laringe să provoace emiterea unor sunete care conving subiectul că poate pronunța cuvinte), faradizări, terapie de convingere, precum și prin „surpriză psihică” — afonia dispare. Ea trebuie să constituie totuși un simptom de alarmă pentru că, uneori, sub eticheta de afonie isterică, se poate ascunde un debut de schi-

zofrenie. Afonia trebuie diferențiată de mutismul isteric, care apare în urma unei emoții violente și este, de obicei, electiv, și de mutismul emoțional, care apare la subiecții hiperemotivi fără stigmată isterice.

345. AFORIE (cf. gr. *aphoria* „sterilitate; neproductivitate”) ● Termen practic nemai-utilizat astăzi în psihiatrie; semnifică astenia și imposibilitatea de creștere a tonusului și a forței musculare prin exercițiu fizic. În concepția lui P. JANET, ar fi caracteristică neurasteniei.

347. AFORISME HIPOCRATICE ● Parte importantă a operei hipocratice; în care se găsesc o serie de aserțiuni privind bolile psihice. Deși prezentate în mod nesistematizat și grevate de doctrina zilelor critice și a crizei, unele aforisme surprind prin acuitatea observației. Exemple: „dacă delirul dispare prin somn este semn bun” (II/2), „oboseala spontană este semn de boală” (II/5), „epilepsia care apare înainte de pubertate își modifică aspectul și cea care se ivește după 25 ani, se termină odată cu bolnavul” (III/30), „delirul care apare însoțit de vis este mai favorabil și cel cu aspect serios — mai primejdios” (VI/53) etc.

347. AFRADEIMIE (cf. gr. *aphron*, „nebu” și *deima* „teamă”) ● Teama de bolnavul psihic pe care unii subiecți o încearcă în prezența acestuia și se manifestă sub forme diverse, de la rezervă și distanțare pînă la o veritabilă fobie. Ca și în cazul fobiei, nu există o experiență nefavorabilă anterioară în cazul apariției acestei frici, care este, în fapt, o teamă de ininteligibil, neprevăzut și necunoscut. Deseori, există chiar o tendință de interpretare a unui act care îi apare subiectului observator ca insolit, ca aparținînd sferei patologiei psihice, ceea ce îi determină, în consecință, un comportament de respingere.

Afradeimia, destul de frecventă în diferite perioade istorice (culminînd cu Evul Mediu, perioadă în care teama a fost întreținută de dogma religioasă, luînd forme în care apărările colective au atins o maximă violență), a scăzut mult ca frecvență în perioada modernă, odată cu înțelegerea faptului că suferința psihică este o suferință ca oricare alta, dar și odată cu creșterea prevalenței și incidenței acestor afecțiuni.

Desigur că atitudinea antipsihiatriei, care prezintă boala psihică ca fiind un reflex social al afradeimiei și nu ca o realitate naturală, este exagerată și, de fapt, contrazisă de datele de etnopsihiatrie, care arată că grupul

identifică corect tulburarea psihică chiar atunci când există o toleranță maximă față de aceasta și când teama de bolnav este necunoscută.

348. **AFRAZIE** (cf. gr. *a-* ; *phrasis* „exprimare”) ● Tulburare de comunicare verbală constând în imposibilitatea subiectului de a ordona corect din punct de vedere gramatical cuvintele în frază ; practic, incapacitatea de a construi fraze. Se întâlnește în oligofrenii, demențe, leziuni organice care interesează ariile vorbirii.

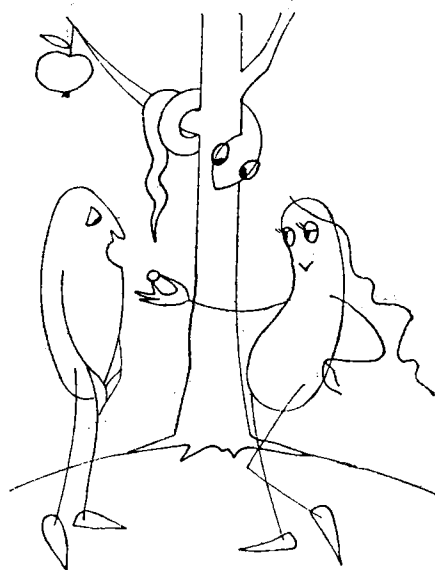
349. **AFRENIE** (cf. gr. *a-* ; *phren* „minte”) ● Termen vechi care a încercat să definească absența/slăbirea facultăților intelectuale, înglobând atât oligofrenia cât și demențele. Denumirea nu mai este utilizată în condițiile în care și cei doi termeni pe care îi subsumează sînt deja prea generali.

350. **AFRODISIAC** (cf. gr. *aphrodisia* „referitor la plăcere sexuală”) ● Substanță sau aliment care ar fi susceptibile de (sau ar realiza) o stimulare a activității sexuale. Deși nu s-a demonstrat încă existența unei relații directe între ingestia de substanță psihoactivă și răspuns, în sensul unei creșteri a performanțelor sexuale, pot fi luate în discuție mai multe substanțe :

- **Alcoolul** : în cantitate mică are un efect tranchilizant euforizant, ușurînd în această fază relațiile interpersonale. În cantitate mai mare, prin efectul depresor al sistemului nervos central, el diminuează marcat și performanțele sexuale.

- **Drogurile** : marijuana, susceptibilă de a fi afrodisiac, nu poate fi considerată ca atare, datorită răspunsurilor diferite pe care le provoacă, în funcție de subiecți. Dependența și consumul prelungit duc la impotență și frigiditate. LSD și drogurile psihedelice înrudite au fost inițial considerate ca avînd o acțiune stimulantă asupra activității sexuale ; în jurul anului 1960 s-a încercat folosirea lor în tratamentul homosexualității. În prezent, este clar că nu există nici o dovadă că aceste droguri ar avea o acțiune afrodisiacă. Amfetaminele, stimulatoare ale sistemului nervos central, au și un efect net favorabil asupra activității sexuale ; în anumite cazuri de frigiditate, administrarea lor are efecte favorabile în sensul posibilității realizării orgasmului, iar la bărbați provoacă priapism — erjecție prelungită anejaculatorie —, dar în cazuri de dependență la doze mari produce anerecție și impotență. Heroina are efecte inhibitorii asupra activității sexuale. Subiecții dependenți

de acest drog desfășoară însă o activitate sexuală crescută prin prostituție, pentru a-și realiza în acest mod posibilitatea materială de procurare a drogurilor. După dezintoxicare se revine, în general, la o activitate sexuală normală.



- **SUBSTANȚE PSIHOTROPE** : cyclazocina — antagonist morfinic folosit în cura de dezintoxicare la subiecții dependenți de heroină ; are efect favorabil asupra activității sexuale, mai mult indirect decît direct, prin efectul de dezintoxicare. Metaqualone (Qualude), introdus în 1965 ca hipnotic sedativ nebarbituric a căpătat rapid reputația că ar avea efecte afrodisiace. Ulterior s-a dovedit că, din acest punct de vedere, ar avea efecte similare cu alcoolul : în doze mici, efectul sedativ diminuează inhibițiile, favorizează realizarea actului sexual, iar în doze mari este anafrodisiac, ducînd la impotență și frigiditate, după întrebuințarea prelungită apărînd fenomene de dependență.

- **FENOTIAZINELE și BUTIROFENONELE** : sînt deprimante ale activității sexuale prin efectul lor atropic.

- **ANXIOLITICELE** : benzodiazepinele au efect favorabil asupra activității sexuale, prin diminuarea anxietății.

● **ANTIDEPRESIVELE** : au de asemenea efect favorabil secundar, normalizarea tulburărilor sexuale datorându-se efectului ortotimizant, diminuării depresiei, a fenomenelor de inhibiție psihomotorie.

● **ALTE SUBSTANȚE** : cocaina, în doze mici — efect euforizant, crește libidoul și repetarea dozelor duce la stări de neliniște, tremor, fenomene psihotice de tip toxic. Dependența poate duce la pierderea interesului sexual. Cantarida — musca spaniolă (cantharis visicatoria) are efect iritant asupra aparatului uro-genital, cu manifestări de polakiurie, priapism și în doze mari este toxic, provocând leziuni la nivelul organelor sexuale, șoc, moarte. Yohimbina are efect vasodilatator parasimpaticomimetic, presupunându-se că ar favoriza erecția, dar eficacitatea certă a substanței nu s-a dovedit. Nitratul de amil, substanță folosită în tratamentul bolii coronariene, are efect vasodilatator periferic și inhalat în momentul orgasmului ar intensifica senzația de plăcere. Camforul este, de asemenea, o substanță cu efect vasodilatator, ale cărei efecte afrodisiace deși bănuite, nu au fost demonstrate încă. Feromonii sînt substanțe produse de diverse specii animale, care stimulează răspunsuri sexuale la sexul opus și unele din acestea sînt folosite în industria parfumurilor ; ulei de mosc, ambra cenușie etc. (producerea de feromoni umani nu a fost încă realizată).

Cu toate că din această trecere în revistă nu se poate desprinde concluzia (dorită) că există anumite substanțe cu efect favorabil cert asupra activității sexuale umane, tulburările de dinamică sexuală (TDS) nu constituie totuși fenomene disfuncționale incurabile, medicina dispunînd pentru tratarea acestora, de metode psihoterapeutice (terapie comportamentală etc.), tratament psihotrop ș.a.

351. **AFRODIZIE** (cf. gr. *aphrodisia* „referitor la plăcerea sexuală”) ● Termen prin care se desemnează starea de hiperexcitație sexuală, resimțită de un subiect, nefiind neapărat un fenomen patologic, putîndu-se întîlni în mod normal în condițiile unei anumite ambianțe, sau după o perioadă îndelungată de lipsă a activității sexuale.

352. **AFRODIZIOMANIE** (cf. gr. *aphrodisia* și mania „nebulie”) ^{sin.} → SATIRIAZIS.

353. **AFTONGIE** (cf. gr. *a* și *phthongos* „voce”) ● Afonie datorată închiderii spasmodice a gletelor prin contractură intenționată a mus-

culaturii laringelui. Apare ca nevroză profesională sau reacție psihogenă. Imaginea laringoscopică este normală.

354. **AFTOZĂ BEHÇET** — sin. **ADAMANNALDIS-BEHÇET**^(S) sindrom ; **GILBERT-BEHÇET** — sindrom ; **MAREA AFTOZĂ TOURAINS** ; **OCULO-BUCO-GENITAL**^(S) sindrom ; **TRIPUL SINDROM BEHÇET** ^{sin.} → **BEHÇET**^(S) sindrom.

355. **AGALMATOREMAFOBIE**^(P) (cf. gr. *a* ; *galma* „statuie” ; *horan* „a vedea” ; *phobos* „frică”) ● Teamă de statuile vorbitoare — termen cu evidente implicații poetice — vînzînd mai mult o „rara avis” a psihopatologiei obsesive decît un fenomen curent. După unii autori s-ar întîlni în schizofrenie, ca o bizarerie în plus a acestei lumi parasimbolice.

356. **AGAPAXIE** (cf. gr. *agapê* „dragoste” și *axia* „preț, valoare, apreciere”) ● Exprimă o reacție emoțională nefiresc de amplă, fie în sensul suferinței, fie al bucuriei, fiind un atribut al imaturității afective. (1)

357. **AGAPISM** (cf. gr. *agapê*) ● Tip de doctrină care supraevaluează principiul iubirii (nonerotice) pentru semenii. Stă la baza unor preocupări și norme religioase și morale, în cadrul unor curente și mișcări (în fruntea cărora se aflau uneori bolnavi psihici, diagnosticați ca atare), dar poate fi, în anumite condiții, și un element de psihopatologie, apărînd în forme caricaturale în delirurile subiecților vîrstnici.

358. **AGASTRONEURIE** (cf. gr. *a* și *gastrea* „stomac” și *neuron* „nerv”) ● Termen reminiscent din epoca de aur a nevrozei de organ, utilizat pentru a circumscrie cît mai precis, dacă nu cauza, cel puțin locul nevrozei. A avut o oarecare circulație la finele secolului trecut, dovada constituînd-o și cele două sinonime ale sale : *neurastenie gastrică* și *nevroză gastrică*. În prezent, toți acești termeni prezintă numai interes istoric.

359. **AGEDAL**^(M) Elveția, Italia, R.F.G. — DCI *Noxiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-5H-dibenzo(a,d)cicloheptan-5-onă 0-/2-(dimetilamino)etil/oximă, cu acțiune antidepresivă medie, fără efecte sedative, de o bună toleranță și nu se asociază cu IMAO. Nu se administrează în deliruri acute, intoxicații acute.

360. AGELIE (cf. gr. *a-* ; *gelos* „ris”) ● Absență totală a risului (SENISE — 1941), însoțită de amimie. Este întilnită în depresii majore, schizofrenie catatonică, reacții.

361. AGENEZICĂ — perioadă (cf. gr. *a-* ; *genesis* „naștere”) ● Etapă a ciclului menstrual, improprie fecundației, anticonceptivă, situată ante- și postovulație (variabilă în funcție de psiho-morfologia feminină individuală), cu rol important în psihoterapia conjugală (parteneră fobică, anxioasă).

362. AGENEZIE — morală (cf. gr. *egenneia* „micimea sentimentelor, josnicie”) ● Termen legat de concepția degenerescenței, utilizat în psihiatria secolului al XIX-lea, pentru a defini „absența completă a simțului moral” (FALRET) la personalități structurate dizarmonic, categorie care, după KRAEPELIN, îi include pe „ratații de la natură”.

Deși termenul nu se mai folosește, el exprimă cu mare forță una dintre principalele trăsături ale dizarmoniilor de personalitate de tip antisocial : lipsa unui sistem axiologic coerent, raportat la normele și valorile sociale, și implicit, imposibilitatea unei adecvări terapeutice.

363. AGENT (cf. lat. *agere* „a face”) ● Orice acțiune, intervenție, stimulare externă, internă sau mixtă (endo-exogenă), cu caracter tranzitoriu sau persistent, singular sau polymorf, soldată cu efecte pozitive (favorabile) sau negative (defavorabile) asupra organismului. În taxonomia medicală se descriu agenți patogeni de agresiune și de deteriorare, de natură infecțioasă, genetică, toxică, neurendocrină, traumatică etc.

364. AGERAZIE (cf. gr. *a-* ; *geras* „bătrânețe”) ● Totalitatea actelor prin care o persoană în vîrstă încearcă să-și creeze o aparență tinerească, neconformă vîrstei reale, expresie, în genere, a unui intelect de limită. Evidențiază și o discretă personalitate dizarmonică (inabilitate și inadaptare la noua situație). Capătă aspecte patologice în manie, și macabre în paralizia generală progresivă, demențe.

365. AGETRAN ^(MC) Brazilia ● Prcdus terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiuni diferite, dar care se complementază ;

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;

- RESERPINA^(M) — neuroleptic, derivat de *Rauwolfia* ;

- PAPAVERINA^(M) — antispastic. Are acțiune sedativ-anxiolitică marcată.

366. AGEUZIE (cf. gr. *a-* ; *geusis* „gust”) ● Absența în grade diferite a simțului gustativ. Se întilnește frecvent ca formă de cecitate gustativă pentru gustul amar.

Poate avea la bază mai multe cauze :

- Modificări genetice :

- 15—30% din indivizi nu percep sau percep foarte slab gustul amar, consecință a absenței unei perechi de gene alele, autosomale, care probabil controlează specific membrana receptorilor pentru gustul amar ;

- absența mugurilor gustativi apare, alături de alte simptome, în disautonomia familială (sindrom Riley-Dery), boală ereditară, cu transmitere recesivă.

- Modificări datorate oricărui proces patologic local, inflamator sau tumoral.

- Modificări datorate lezării nervilor și centrilor gustativi.

- Modificări datorate unor tulburări endocrine : menstruația, graviditate, boala Addison, disgenezia gonadică, pseudoparatiroidismul.

- Modificări datorate unor toxice și medicamente : tetraetil de plumb, penicilina D.

În psihiatrie este întilnită — fără a avea un suport organic — în depresii, isterie, schizofrenie.

367. AGIOFOBIE^(F) (cf. gr. *agylia* „stradă largă” ; *phobos* „teamă”) — sin. CHENOFOBIE^(F) ● Frica de spațiul larg al străzii. Termenul se subsumează conceptului mai cuprinzător de AGORAFOBIE^(F). Unii dintre subiecții care prezintă acest simptom sînt incapabili să traverseze strada neînsoțiți. Teama poate fi selectivă, referindu-se doar la anumite străzi sau chiar locuri de trecere → AGORAFOBIE.

368. AGIRIE (cf. gr. *a-* ; *gyros* „cerc”) ^{sin.} → LISENCEFALIE.

369. AGITAT (cf. lat. *agitare* „a mișca”) ● În psihiatrie — atribut al subiectului ce prezintă o dezorganizare globală a conduitelor motorii, concretizată în acte motorii neordonate, cu desfășurare aleatorie, diferențiate după tablourile patologice de care depind. Subiectul al cărui tablou clinic este dominat de agitație necesită, de regulă, un tratament

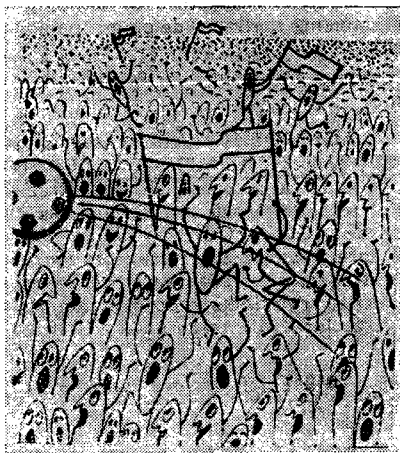
de urgență, într-o clinică de specialitate și, nu rareori, în secții speciale, cu supraveghere strictă → AGITAȚIE.

370. AGITAȚIE (cf. lat. *agitare*) ● Dezorganizare globală a conduitelor motorii, corelată, de regulă, cu dezorganizarea ierarhizării instanțelor psihice. Se concretizează în acte motorii necoordonate, cu desfășurare aleatorie, în pulsioni instinctive sau afective, variabile după circumstanțele în care este observată. În general, pentru a cuprinde atît fenomenologia psihică (hiperactivitate psihică), cît și cea motorie (hiperactivitate motorie), se folosește termenul de agitație psihomotorie. S-au descris trei grade de agitație :

- ușoară — sensul actelor este comprehensibil, coordonarea se păstrează ;
- medie — comprehensibilitatea și coordonarea încep să se distingă mai greu ;
- gravă — coordonarea dispăre, subiectul pierde controlul, cu posibilitatea producerii unor acte violente auto- și hetero-agresive distructive.

Etiologie :

- toxice exogene : intoxicații cu alcool, oxid de carbon, plumb sau intoxicații medicamentoase (ACTH, antibiotice, amfetamine etc.) ; intreruperea administrării unui medicament, sevraj la alcool, efecte secundare NL ;



- toxice endogene : insuficiență respiratorie, hepatică, renală ;
- cauze infecțioase : meningoencefalite, TBC pulmonar, hepatită virală acută, gripe etc. ;
- cauze tumorale : tumori cerebrale ;

- cauze metabolice : diabet, avitaminoze etc. ;
- cauze endocrine : insuficiența suprarenală acută, hipertiroidism, gușă toxică etc. ;
- afecțiuni cardio-vasculare : HTA, insuficiență cardiacă ;
- status postoperator ;
- afecțiuni hematologice : leucemii, boala Vaquez etc. ;
- afecțiuni neurologice : lues cerebral, accident vascular cerebral, traumatism cranio-cerebral, tumori, epilepsie ;
- deficite intelectuale : întârzieri mintale, demențe ;
- endogenii : schizofrenie, psihoză maniacodepresivă ;
- psihogenii : reacții, nevroze ;
- personalități cu tulburări în modul de structurare : tip instabil, exploziv, isteric.

În fiecare dintre entitățile nozologice psihiatrice: enumerate, agitația are câteva trăsături specifice :

- În sindromul confuzional : debut brusc și aspect tumultuos ; este semnificativă pentru o activitate eliberată de sub controlul pragmatic, traducind răspunsuri fragmentare la excitațiile haotice ale onirismului.

- În beția acută : se asociază cu logoree, cu oscilații între jovialitate și agresivitate. Crizele de furie, violență, suicid se întîlnesc frecvent în beția excitomotorie, beția halucinatorie și delirantă. În alcoolismul cronic, gelozia este adesea cauza violențelor ca și a tulburărilor de personalitate.

- În demențele senile : este stereotipă, cu deambulări neîntrerupte, manifestări verbale (subiecții rid, plîng, amenință) pe fond dimnezic, cu dezorientare și anxietate. Subiecții întreprind uneori tentative de autoliză, pe care nu le disimulează. Alteori, agitația este relativă, mai frecvent nocturnă, constînd în gesturi stereotipe, cîntece puerile etc.

- Agitația idiotului : este tipică, cu țipete bruște, ris năting, gesturi clactice etc. Uneori poate îmbrăca aspectul unei agitații coleroase, soldate cu acte agresive. Imbecilul și debilul mintal sînt mai puțin inclinați spre stări de agitație.

- În reacțiile nevrotice, în tulburările de structurare a personalității (de tip instabil, exploziv sau isteric), unde apare, de obicei, tot reactiv, luînd aspectul clasicei „crize de nervi”, agitația se produce fără modificarea lucidității conștiinței sau a conținutului gândirii, „Ja un subiect care nu este nici confuz nici halucinant” (LAURAS). Exprimă intoleranța la frustrare, dezorientarea individului

căruia îi scapă controlul unei situații și care tinde (mai mult sau mai puțin inconștient) să-i domine pe ceilalți prin acest mijloc spectacular (gesticulații dezordonate, lamentații teatrale, amenințări cu suicidul etc.).

● **În sindromul maniacoal :** pare condiționată de un deficit crescut al inhibițiilor voluntare. Se desfășoară pe fondul excitației și al exaltării timiei, îmbracă un aspect ludic și degajat, însoțeste fuga de idei. Uneori, după contrarii sau suprimarea bruscă a medicației neuroleptice incisive, poate atinge cote maxime, realizând tabloul „furiei maniacoale”.

● **În depresiile endogene :** apare la subiecți cu inhibiție psihomotorie anterioară, fără un motiv comprehensibil. Se manifestă printr-o dezordine motorie de mare violență cu tendințe auto- și heteroagresive, realizând „raptușul melancolic”.

● **În schizofrenie :** este imprezvizibilă și incomprehensibilă, în absența incitațiilor din mediul extern. Vorbirea și actele bolnavului, pe lângă caracterul dezordonat, au deseori și un caracter simbolic. Uneori agitația poate atinge nivelul așa-numitei „furii brutale”, cu manifestări auto- și heteroagresive. Unii autori descriu în schizofrenie două forme de agitație :

— hebefrenică — seamănă cu agitația maniacoală, dar sînt prezente fenomenele disociative în sfera gândirii, discordanța mimică etc. ;

— catatonică — în care gesturile și actele subiectului sînt monotone și stereotipe („catonicul se agită mult și vorbește puțin”) ; survine în accese bruște, mai mult sau mai puțin durabile, alternînd, fără tranziție, cu inerția sau rigiditatea de statuie și poate fi periculoasă prin impulsurile clactice, agresive.

● **În epilepsie :** unele paroxisme comițiale de tip psihomotor au alură francă de automatism, cu debut și sfîrșit brusc, pe fond de tulburare a constituției. Este urmată de amnezia episodului respectiv. Atinge uneori o intensitate extremă („furie epileptică”), subiecții putînd comite acte de mare violență, și poate pune dificultăți reale de diagnostic (sub aspect medico-legal) cînd ia aparențe intenționale. Se manifestă și intercritic, cînd este determinată de incitații din mediu.

● **În paralizia generală progresivă :** se aseamănă cînd cu agitația maniacoalului, cînd cu a delirantului halucinant.

● **În traumatismele cranio-cerebrale :** există comatoși agitați cu un comportament asemănător sindroamelor confuzionale grave.

● **În sindromul de impregnare neuroleptică ;** apare în cadrul formei hiperkinetic-hipertone ; se manifestă prin acatisie, tasikinezie.

Agitația a constituit întotdeauna o urgență psihiatrică și a ridicat probleme privind examinarea, transportul, supravegherea, protecția și tratamentul bolnavilor agitați. Agitația emotivă, reactivă, „criza de nervi” nu pune în aparență probleme majore privind conduita terapeutică, dar trebuie ținut seama de influența anturajului, aproape întotdeauna nefastă, putînd cultiva manifestările pitiatice. În acest caz, o internare de scurtă durată poate avea efecte salutare, simpla ambianță calmînd subiectul. Sedativele, tranchilizantele completează farmacologic conduita terapeutică.

Agitația din celelalte circumstanțe etiologice necesită de regulă, spitalizare obligatorie și tratament medicamentos, care vizează trei obiective : suprimarea sau diminuarea stării de agitație ; cîmbaterea substratului etiologic ; menținerea funcțiilor organismului, prevenirea colapsului etc. Pentru primul obiectiv se utilizează NL sedative, tranchilizante, dozele și ritmul de administrare adaptîndu-se în funcție de vîrstă, tare preexistente, răspunsul la terapie etc. De reținut că în melancolia agitată se folosesc cu succes sedative majore (NL sedative) și hipnotice, iar în cazurile de manie cu agitație ușoară — litiu, precedat de NL. În stările confuzionale în care elucidarea etiologică este importantă, sedativele sînt indispensabile, dar dozarea lor trebuie făcută cu atenție, pentru a nu accentua confuzia. Supravegherea, monitorizarea, rehidratarea, bilanțul somatic au scopul de a preveni delirul acut hiperazotemic. În stările confuzionale din alcoolism se recomandă vitamino-terapie și tranchilizante în doze mari. Agitația din alcoolism poate beneficia, în mod aparent paradoxal, de acțiunea unor substanțe de tipul stricninei. Întîrzierile mintale grave cu agitație răspund la doze masive de NL și uneori la litiu. În cazul cînd agitația nu răspunde la psihotrope, se aplică tratamentul electroconvulsivant. Demența senilă beneficiază de terapie cu NL ușoare și măsuri dure să evite desocializarea.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu crizele comițiale, diskineziile și hiperkineziile din boala Parkinson, cu coreea, atetoză (în toate există o implicație psihică secundară). Depășirea crizei de agitație trebuie urmată de dialogul terapeutic.

371. AGITOFAZIE (cf. lat. *agitare* ; gr. *phasis „cuvînt”*) → TAHIFEMIA.

372. **AGLICOFAGIE** (cf. gr. *a-*; *glykos* „dulce”; *phagein* „a minca”) ● Formă de cecitate gustativă pusă în evidență în 1940 de DAVIDENKOV; este o anomalie gustativă, cu caracter ereditar și gustul dulce nu este perceput ca atare, ci ca senzație neplăcută, însoțită de greață.

373. **AGLUTINARE** (cf. lat. *agglutināre* „a lipi”) ● Formă majoră a viscozității mintale în epilepsie (SIVADON). Acest model de analogie cu procesele fizico-chimice subliniază dificultatea de adaptare și modelare în fața unor situații noi, precum și inerția plastică a gîndirii epilepticului.

374. **AGLUTINARE VERBALĂ** ● Juxtapunere a rădăcinilor cuvintelor, silabelor sau sunetelor, caracteristică primelor construcții verbale ale copilului înainte de vîrsta de patru ani. Copilul plînge în mod spontan, folosind acele foneme care-i sînt accesibile de pronunțat pentru a denumi obiectele către care i se orientează atenția sau interesul, fără a face a distincție între diferitele obiecte.

În mod patologic acest fenomen poate apărea în afaziile motorii (MONAKOW și MOURGUE), în care se produce o dezintegrare a limbajului.

375. **AGNOLET**^(M) Grecia — DCI *Clormăzanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one 1,1-dioxid și considerat drept primul miorelaxant adevărat. Indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

376. **AGNOSTICISM** (cf. gr. *a-* și *gnostos* „cognoscibil”) ● Teorie gnoseologică axată pe ideea neputinței irevocabile a subiectului de a cunoaște absolutul — definit de către KANT drept „lucru din sine”, realul în presupusa lui independență față de orice relație cu subiectul. Conform agnosticismului, orizontul cunoașterii este îngădit din cauza limitelor de nedepășit ale universului fenomenal: aparențele obiectelor și evenimentelor reale, a căror autenticitate (ea însăși ipotetică) suferă în mod necesar deformații subiective, care o alterează în esență. Prin argumentele sale de netăgăduit împotriva dogmatismului contemplativ și incremenit cu suficiență în false certitudini, întemsiate pe principiul autorității sau pe premature evidențe, agnosticismul are meritul de a fi introdus în gnoseologie ideea revoluționară a rolului activ al subiectului în

cunoaștere. Departe de a fi receptate din exterior sau date prin revelație ca atare, cunoștințele sînt elaborate constructiv de către subiect, care încorporează în propriile-i structuri impresiile receptate de simțuri. Eliberînd cunoașterea din chingile credinței deșarte în posesia definitivă a unor „esențe” atemporale, suprasensibile, absolute, transcendente etc., agnosticismul ipostaziază caracterul relativ al cunoașterii, postulînd o diferență ireductibilă între lucruri și imaginile lor subiective — ceea ce transformă izbînzile practice ale civilizației într-un mister, în umbra căruia se redeschide calea postulatelor obscurantiste privind armonia prestabilă între legitățile ascunse ale naturii și dialectica imanență evoluției spiritului.

377. **AGNOZIE** (cf. gr. *a-*; *gnosis* „cunoaștere”) ● Absența sau pierderea capacității de recunoaștere a obiectelor inconjurătoare, de identificare și definire a semnelor limbajului oral și scris, consecutivă lezării centrilor nervoși responsabili din cortex, în ciuda integrității organelor senzoriale periferice. În aceste condiții, se pot descrie agnozii ale fiecărui analizator, cele mai frecvent întîlnite fiind agnozia vizuală, auditivă, senzitivă și corporală. Agnoziile sînt prezente atît în clinica neurologică, cît și în cea psihiatrică, ceea ce face ca unii autori să le considere „elemente patologice de graniță”, situate între neurologie și psihiatrie. Agnoziile sînt mult mai complexe decît par la prima vedere, pentru că ele nu implică numai analizatorul afectat, ci și procesele de cunoaștere și experiența acumulată de subiect.

Există numeroase încercări de clasificare a agnoziilor, în raport cu care prezentăm o variantă sintetică, rezultantă a șase clasificări anterioare mai frecvent utilizate (DELAY, AJURIAGUERRA și HECAEN, ARSENI și VOICULESCU, BOTEZ-ALEXANDRU, SENDOBROTĂ, CRITCHLEY, STENVERS):

- **Agnozii tactile (astereognoziile):**
 - primare: ahilognozia, amorfognozia
 - secundare: asimbolia tactilă.
- **Agnozii auditive globale și parțiale.**
- **Agnozii vizuale:**
 - a obiectelor și imaginilor;
 - a fizionomiilor;
 - a culorilor.
- **Agnozii spațiale:**
 - vizuo-spațiale;
 - audio-spațiale.
- **Agnozii de schemă corporală (asomatognaziile).**

● **Agnoziile tactile (astereognoziile)** — rezultă dintr-un defect de percepție, care face imposibilă recunoașterea obiectelor, în ciuda existenței unei experiențe anterioare și în absența unor leziuni ale etajului de recepție sau a tulburării globale a conștiinței. Agnoziile tactile pot fi primare și secundare. Agnoziile tactile primare cuprind, la rândul lor : ahilognozia (agnozia intensității), care face imposibilă diferențierea calității obiectului examinat (grosime, greutate), și amorfognozia (agnozia extensivității), care face imposibilă diferențierea formelor obiectului examinat. Agnoziile secundare (asimbolia tactilă) fac imposibilă recunoașterea semnificației obiectului examinat, deși pot fi descrise caracteristicile acestuia (grosime, greutate, formă, culoare).

● **Agnoziile auditive** — reprezintă un defect de percepție care face imposibilă recunoașterea senzațiilor auditive (în condițiile generale ale agnoziilor) și sunt cel mai puțin frecvente (VOICULESCU), iar unii autori le consideră ca element tranzitoriu către halucinațiile auditive (STENVERS). Necesită o diferențiere netă de surditatea verbală (afazia receptivă). Agnoziile auditive pot fi : globale, nepermițând discriminarea sunetelor între ele și a sunetelor de zgomote sau de cuvinte și parțiale — agnozia muzicală (amuzia receptivă) și agnozia zgomotelor.

● **Agnoziile vizuale** — reprezintă un defect de percepție care face imposibilă recunoașterea vizuală a obiectelor, persoanelor, culorilor, imaginilor (în condițiile generale ale agnoziilor). Ele pot fi de mai multe feluri : agnozia obiectelor și imaginilor, care face imposibilă recunoașterea vizuală a unor obiecte ce pot fi, în schimb, identificate cu ajutorul altor analizatori, dar nu și cu văzul, deși există o experiență anterioară ; agnozia fizionomiilor (prosopagnozia), care face imposibilă recunoașterea fizionomiei unei persoane cunoscute anterior, care poate fi recunoscută însă cu alți analizatori (exemplu : auzul vocii) ; agnozia culorilor în condițiile existenței unei experiențe anterioare. Agnoziile vizuale în corelație cu gândirea simbolică sunt următoarele :

- alexia optică pură — incapacitatea citirii textelor scrise, cu localizarea leziunii în regiunea occipitală stângă și alexia optică-agnozică — însoțită de tulburări agnozice, cu localizarea leziunii în cortexul occipital și alexia cu agrafie — cu localizarea leziunii în zona parietală ;
- acalculia — imposibilitatea citirii cifrelor și a semnelor aritmetice ;

— agnozia imaginilor și a figurilor geometrice — imposibilitatea recunoașterii formelor geometrice elementare, a figurilor simple.

● **Agnoziile spațiale** — reprezintă un defect de percepție care face imposibilă orientarea în spațiu (în condițiile generale ale agnoziilor) ; ele pot fi de două feluri : agnozia vizuo-spațială, reprezentând imposibilitatea orientării în spațiu cu ajutorul analizatorului optic, ceea ce produce o dezorientare spațială ; agnozia audio-spațială, reprezentând imposibilitatea orientării în spațiu cu ajutorul analizatorului auditiv.

● **Agnoziile de schemă corporală (asomatognoziiile)** — rezultă dintr-un defect de percepție care face imposibilă recunoașterea bolii sau a unui organ sau segment bolnav (în condițiile generale ale agnoziei). Sunt de mai multe tipuri :

- anozognozie — imposibilitatea recunoașterii bolii ;
- anozodiaforie — indiferența față de boală sau minimalizarea ei ;
- anozomie — negarea existenței unui segment bolnav ;
- somatoparafrenie — confabulații legate de un segment bolnav ;
- autotopoagnozie — imposibilitatea localizării segmentului bolnav.

În cadrul agnoziilor de schemă corporală menționăm :

- sindromul Anton-Babinski (hemiasomatognozia stângă), constă în senzația de înstrăinare până la absență a hemicorpului. Este însoțită frecvent de interpretări delirante, cu caracter fantastic ;
- sindromul Gerstmann — agnozie digitală, dezorientare dreapta-stînga, tulburări de orientare spațială, acalculie, agrație, tulburări apraxice.

Agnoziile sunt prezente în psihiatrie rareori izolat, mai frecvent în asociere cu afaziile și apraxiile, avind valoare de diagnostic pozitiv și diferențial în demențe → ALZHEIMER^(B) boală, PICK^(B) boală, DEMENȚE.

378. AGNOZIA EXTENSIVITĂȚII ^{sin.} AMORFOGNOZIE.

379. AGNOZIE SEMANTICĂ TACTILĂ ● Formă particulară de astereognozie, descrisă de J. DELAY în 1935, caracterizată prin pierderea capacității de a recunoaște obiectele prin palpare, cu toate că unele dintre calitățile acestora pot fi determinate corect (forma, greutatea, temperatura).

Este diferită de AHILOGNOZIE și AMORFOGNOZIE.

380. AGORAFOBIE^(F) (cf. gr. *agora* „piață publică”; *phobos* „frică”) ● Termenul a fost introdus în 1883 de neurologul german F. K. WESTPHAL (1833—1899), inițial sub numele de „fobia spațiilor deschise”, care este una dintre cele mai vechi fobii descrise. Este frecvent întâlnită în psihiatrie, desemnând teama sau indispoziția nemotivată care survine cînd individul se află în spații deschise sau goale (piețe publice, cîmpie, grădina etc.) și care dispăre cînd individul părăsește aceste locuri. În sens extensiv, frica de a trece strada sau de a se amesteca în mulțime, definește așa-numita „teamă de străzi” sau „angoasă străzilor”, frecvent întâlnită la femei. Persoana nu părăsește locuința decît însoțită, eventual de cineva din anturaj.

Pentru unii autori agorafobia reprezintă în fapt o teamă situațională care nu se referă la spațiul propriu-zis, ci la consecințele pe care le poate avea asupra imaginii despre sine a subiectului, apariția manifestărilor de anxietate în public.

Agorafobia apare în nevroze fobice, obsesionale, la personalități psihastenice și, pasager, în cursul unei depresii.

381. AGORATERAPIE (cf. gr. *agora* ; *therapeia* „ingrijire”) ● Denumire pe care BRÂNZEI (1976) o atribuie unei forme de socioterapie „polimorfă deschisă”, constînd în psihoterapie recreativă (film, program artistic), la care participă subiecții internați și remiși, familiile lor, personalul medical, și care favorizează crearea unei ambiante „comparse”, similare vechiului model de apartenență „comunitară” ce permite foștilor și actualilor bolnavi „defularea cathartică”.

Subiecții sînt astfel stimulați să-și comenteze propria condiție umană, de obicei prin invitația de a discuta inițial despre modul în care sînt îngrijiți, calitatea hranei din spital etc. Se poate obține un dialog spontan din partea unor subiecți reticenți pînă atunci, agoraterapia avînd uneori virtuți mai stimulative decît psihoterapia individuală sau anumite forme de psihoterapii de grup.

382. AGOSTINE^(M) Belgia — DCI Bromperidol ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxi-piperidino-4'-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

383. AGRAFESTEZIE (cf. gr. *a-* ; *graphein* „a scrie” ; *aisthesis* „senzație”) ● Imposibilitatea de percepere clară, diferențiată, și de

recunoaștere a semnelor trasate pe tîgumențele subiectului de către examinator, în absența utilizării analizatorului vizual.

384. AGRAFIE (cf. gr. *a-* ; *graphein*) ● Incapacitatea de a comunica idei prin scris, componenta motorie a scrisului și intelectul subiectului fiind intacte. Constituind o formă de apraxie, a fost descrisă în 1881 de EXNER sub forma agrafiei pure. HENSCHEN descrie, pentru prima oară, agrafia corespunzătoare leziunilor anatomice pe care le identifică în mai multe regiuni ale creierului. Considerat drept „simbol al simbolurilor”, scrisul reprezintă modalitatea prin care vorbirea este transpusă într-o formă vizualizată. Limbajul vorbit, alături de cel interior, exprimă în modul cel mai direct procesele gîndirii, iar tulburările limbajului afectează implicit ambele forme ale acestuia (vorbă și scris). Actul scrisului presupune o anticipare secvențială a gîndirii logice, a limbajului intern, a factorului somatomotor și a celui material tehnic, deci o mobilizare intelectuală superioară limbajului oral. După modul în care se produce, scrisul poate fi spontan, copiat, după dictare și automat. Scrisul și cititul se intercondiționează obligatoriu, omul fiind capabil, în mod normal, de o scriere de 4—5 ori mai lentă decît vorbirea. În agrafie, scrisul suferă diverse distorsionări, aparent dezordonate, diferite proporționate, incomplete, dîșritmice, „obosite”, cu greșeli de ortografie, reduplicări, cu tulburări gramaticale și semantice, paragrafie (cuvînte false), neologisme, rime, scris interupt și cuvinte lipsite de sens. Actul scrisului nu presupune participarea unei singure formațiuni nervoase (de exemplu: girusul angular) din emisfera dominantă, ci și a altor zone : regiunea limbajului scris, sistemele constructive optico-spațiale, sistemele de coordonare a mușchilor implicați în scris și organizarea practică a acțiunii motorii. Formele clinice au fost diferențiate după criteriul localizării leziunii la nivelul sistemului nervos, neurofiziologic, clinic sau după criterii mixte. Astăzi se descriu următoarele forme de agrafie :

- agrafia din afazia Wernicke : scrisul spontan este perturbat, reflectînd afectarea profundă a limbajului interior, corespunzător leziunii temporo-posterioare stîngi ; scrisul copiat și după dictare este conservat și apar elemente de paragrafie, jargonografie. HECAEN descrie, în acest sens, o agrafie aparținînd afaziei expresive, afaziei senzoriale, și una aparținînd sindromului parietal ;

- agrafia optică, însoțită de alexie, este inclusă în grupul agnoziilor vizuale și corespunde leziunilor lobului occipital ;
- agrafia constructivă parietală (KLEIST) sau agrafia apraxică, în care lipsesc alexia și modificarea limbajului interior, fiind consecutivă unor tulburări ce afectează mobilitatea membrelor și constind în defecțiuni de întregire vizuo-spațială a literelor, cuvintelor, desenelor ; este o componentă a sindromului Gerstmann (apraxie digitală, agrafie dreapta-stinga, acalculie și agrafie pură) ;
- agrafia dispraxică a corpului calos, care aparține agrafiei ideo-motorii ;
- agrafia pură, care nu este însoțită de alte simptome și este o consecință a leziunii situate la nivelul circumvoluțiunii F₂ stîngi.

Un alt criteriu de clasificare este nivelul de dezintegrare a comunicării prin scris, în conformitate cu care agrafia se clasifică în :

- absolută, incapacitatea totală de a comunica prin scris (coexistă cu afazia) ;
- acustică, imposibilitatea de a scrie după dictare (coexistă cu afazia) ;
- literară, chiar litere izolate devin imposibil de scris (coexistă cu afazia) ;
- psihică, dificultatea, pînă la totală abolire, a capacității de exprimare în scris, datorită unor factori psihici sau emoționali ; este pur voluntară și reprezintă, de fapt, echivalentul mutismului. Subiectul are facultățile psihice și dexteritatea pe deplin intacte, dar evită să scrie cînd i se cere ; în depresia de involuție, subiecții sînt incapabili să realizeze o comunicare în scris, dar această inhibiție are un caracter fluctuant, paralel cu evoluția depresiei ;
- muzicală, incapacitatea de a scrie semnale de notație muzicală ;
- optică, imposibilitatea de a copia un text (coexistă cu afazia) ;
- verbală, lipsa posibilității de scriere a cuvintelor (conservată pentru litere sau silabe).

Sînt descrise și o agrafie dobîndită prin pierderea capacității de a scrie, generată de un traumatism sau afecțiune cerebrală, precum și o agrafie congenitală, constînd din dificultatea pe care o prezintă subiectul în învățarea scrisului, în flagrantă dizarmonie cu celelalte aptitudini intelectuale ale individului.

Etiologia agrafiei este, cel mai frecvent, vasculară, prin interesarea arterei cerebrale medii stîngi, dar și prin procese traumatice

și tumorale ce afectează regiunea temporo-parietală. Evidențierea clinică a agrafiei se poate face prin teme cu grade diferite de dificultate date subiectului (nume, adresa, dictare, copiere, compunere după un subiect liber, scriere spontană), în scopul evaluării nivelului de deficiență. Pentru psihiatru, importanța cunoașterii fenomenului de agrafie este semnificativă, deoarece se impune uneori diferențierea de fenomene grafo-patologice de tipul paragramatismelor și neogramatismelor etc., întîlnite frecvent în schizofrenie, paranoia, în stări de nedezvoltare cognitivă și în demențe.

385. AGRAMAFAZIE (cf. gr. *a-* : *gramma* „literă” ; *phasis* „vorbire” ; vezi și lat. *agrammatos* „incult”) ● Modalitate de comunicare verbală incorectă, neglijînd total formele gramaticale. Termenul a fost utilizat anterior celui de AGRAMATISM. În prezent, este inclus în acesta, iar tentativa de a-l menține pe cel de AGRAMAFAZIE și de a-l diferenția de agramatism, în sensul de necunoaștere anterioară a exprimării corecte (cazul subinstrucției, inculturii), a eșuat (eventual, numai inversarea sensului celor doi termeni ar putea răspunde mai bine acestui deziderat). Prin AGRAMATISM, în sens psihiatric, sînt denumite ambele situații : cea datorată deficienței de instrucție și cea consecutivă bolii, deși în vorbirea curentă agramatismul este considerat o urmare a lipsei de instrucție → AGRAMATISM.

386. AGRAMATISM (cf. gr. *a-* : *gramma* „literă”) ● Formă de afazie reprezentînd o încălcare de proporții a normelor elementare de gramatică sau, mai corect, neglijarea totală a regulilor gramaticale. Termenul a fost introdus în 1878 de KÜSSMAUL, sub numele de ACATAFAZIE, pentru a descrie stilul telegrafic — un limbaj rapid, ignorînd regulile gramaticale. A fost preluat apoi de STEINTHAL și studiat de PICK (1913) și KRAEPELIN, pentru care agramatismul desemnează tulburările de ordonare verbală temporo-spațială a gândirii.

Astfel, s-a observat că substantivele sînt utilizate în exces, iar verbele la infinitiv, articolele, conjuncțiile sînt neglijate, ordinea cuvintelor în propoziție se inversează, se fragmentează fraza și chiar întregul discurs, prin intercalarea asociațiilor libere. Agramatismul nu are semnificație patologică la copil, în perioada de formare a limbajului, dar poate constitui, ulterior, un semn de întîrziere în dezvoltarea acestuia. Cu precădere la debili mentali deși este relativ independent de nivelul

intelectual), agramatismul este ușor sesizabil prin slaba cunoaștere a semnelor grafice. Cel mai frecvent, agramatismul se observă în boala Alzheimer și boala Pick, ca și în cazul evoluției regresive a afaziilor, motiv pentru care unii autori (HEAD, de exemplu) îl consideră o afazie sintactică.

387. AGREABILE^(B) halucinații (cf. fr. *agréable* „agreabil”) ● Fenomene de tip halucinator care, prin conținutul lor senzorial și, mai rar, tematic, produc subiectului plăcere și uneori dorința de repetare a episodului halucinator. Acest tip de halucinații este mult mai puțin frecvent decât alte tipuri, în marea lor majoritate terifiante și implicit generatoare de anxietate.

Dintre modalitățile senzoriale de apariție se pot cita :

- halucinațiile vizuale (estetice, feerice, policrome) ;

- halucinațiile auditive (muzicale, încurajatoare) ;

- halucinațiile olfactive (arome exotice plăcute) ;

- halucinațiile genitale (generatoare de senzații erotice).

Circumstanțele de apariție pot fi delirurile mistice, parafrenia, intoxicații cu droguri halucinogene (LSD, opium, cloral, cocaină). În intoxicațiile amintite se notează uneori fenomenul de sinestezie, resimțit în mod plăcut de subiect. O notă particulară o au halucinațiile din psihozele de inaniție și sete, în care subiecții au viziunea halucinatorie a unor mese bogate — adevărate orgii culinare, depășind în fast și abundență pe cele romane — de care subiecții nu aveau însă cunoștință anterior experienței halucinatorii.

388. AGRESIUNE (cf. lat. *aggresio* „atac”) ● Atac asupra unei persoane, obiect sau instituție, însoțit de sentimentul de ură, de dorința de a face rău ; se realizează prin intermediul forței.

389. AGRESIVITATE (cf. lat. *aggresio*) ● Ansamblu de conduite ostile care se pot manifesta în plan conștient, inconștient, fantasmatic, în scopul distrugerii, degradării, constrângerii, negării sau umilirii unui obiect investit cu semnificație, conduite resimțite ca atare și neprovocate de acesta. Agresivitatea este caracteristică relațiilor interumane, registrul ei de manifestare întinzându-se de la atitudinea pasivă de indiferență refuz de ajutor, ironie, tachinare, până la ati-

tudinea de amenințare și acte de violență propriu-zise. În sens extensiv, agresivitatea desemnează o caracteristică generală a organismelor vii, referitoare la excitabilitate și la activitățile de explorare necesare satisfacerii trebuințelor fundamentale (alimentare, de apărare, sexuale). În sens restrâns, raportat exclusiv la ființa umană, obiectul agresivității poate fi chiar propria persoană (auto-agresivitatea), ca în conduitele auto-distructive întâlnite în tulburări psihice sau chiar în afara lor (→ SUICIDUL RAȚIONAL). Nu este vorba despre agresivitate atunci când victima unui comportament vătămător nu îl evită, ca în cazul sado-masochismului, unde, de altfel, poate exista chiar componenta de provocare intenționată din partea celui care constituie obiectul acestui comportament.

Manifestările agresivității umane sînt extrem de diverse (implicînd participarea persoanei la diferite niveluri : pulsional, afectiv, atitudinal, comportamental), nefiind limitate doar la cele cu consecințe negative. Parte integrantă a naturii umane, agresivitatea include și dinamismul unei persoane angrenate în lupta constructivă de autoafirmare, aptă de a depăși dificultățile vieții, ca și tendințele spre satisfacerea nevoilor sale vitale. Accepțiunea modernă a agresivității acordă o importanță deosebită socio-genezei, subliniind relația de implicare a individului în raport cu ceilalți atît în cazul agresivității normale, cît și al celei patologice. Chiar și în cazul suicidului la schizofreni, autori, de obicei, ai unor acte agresive absurde, intervine de multe ori trăirea dramatică a conștientizării defectului, a incapacității de a mai fi ca înainte de boală și la fel cu ceilalți (→ OMORUL PATOLOGIC al acestora constituie însă o situație limită de manifestare a agresivității patologice).

Complexitatea și întrepătrunderea sensurilor termenului de agresivitate sînt sugestiv exprimate de familia de cuvinte utilizate pentru a le defini : agresiune (atac neprovocat) ; agresiv (ofensiv, provocator, energetic, perseverent, stăruitor, întreprinzător) ; agresivitate (comportare agresivă). În dicționarul pe care-l editează WOLMANN, citează pentru termenul *aggressiveness* din engleză („agresivitate”) următoarele accepțiuni : tendință de a arăta ostilitate prin îndeplinirea de acte de agresiune ; tendința de a depăși opozițiile, de a se autoafirma promovînd propriile interese ; comportament întreprinzător, energetic ; tendința de a fi dominator într-o situație socială.

Teoriile asupra originii agresivității se întemeiază pe mai multe ipoteze: biologică (neurobiologică, endocrină, instinctuală și teoria agresivității ca rezultat al frustrării), etologică și socio-genetică.

Modelul neurobiologic pornește de la premiza de necontestat a reacțiilor celulei vii la stimulii din mediu, care pot oferi un model „miniatural” (BERNARD, TROUVÉ) al comportamentului agresiv. Sintetizând datele fiziologiei nervoase, acest model oferă o explicație greu de contestat cu argumente științifice. Funcționalitatea sistemului nervos (bazată pe mecanismele de depolarizare/repolarizare, de transmitere trans-sinaptică a influxului nervos, prin intermediul neuro-mediatorilor, pe jocul, proceselor de excitație/inhibiție), ierarhizată prin integrări succesive la diferite niveluri de complexitate, asigură mecanismele de adaptare ale organismului menite să mențină o permanentă homeostazie internă și externă a acestuia. Agresivitatea ar fi, în sensul cel mai profund biologic, un mijloc extrem de adaptare, care ar sta la baza stărilor emoționale negative, de ură sau de furie (SOULAIRAC și KOURILSKY). Modularea răspunsurilor vegetative, instinctuale și automate (integrate în hipotalamus), este efectuată la nivelul rinencefalului (sistemul limbic), care permite atât stocajul mnesic al experiențelor trăite anterior, cât și apariția unor nuanțări afective ale acestor trăiri. Comportamentele agresive vor reprezenta astfel exteriorizări ale unor stări de afect, mai mult sau mai puțin elaborate, exteriorizări în care sînt implicate, în grade diferite, și celelalte funcții ale psihismului.

Lucrările privind rolul glandelor endocrine asupra agresivității au demonstrat influența hormonului masculin în declanșarea agresivității la vertebrate (J. G. VANDENBERG). F. H. BRONSON și C. DESJARDINS (1971) indică rolul testosteronului în manifestarea comportamentului combativ la adult. După K. E. MOYER, agresivitatea poate fi manipulată prin modificări endocrine, iar controlul unui comportament agresiv-indesirabil se poate face prin înlăturarea factorilor de mediu generatori de frustrare, prin învățare și educație, prin modificarea condițiilor fiziologice care facilitează răspunsul agresiv (medicamente, hormoni, stimulări sau leziuni cerebrale).

În modelul psihanalitic, noțiunea de pulsione de agresiune apare în 1903 (ADLER) și 1920 (FREUD). În „Dincolo de principiul plăcerii”, FREUD introduce noțiunea de pulsione a morții thanatos, care se opune

pulsivității vieții și tinde spre reducerea completă a tensiunilor și întorcerea la starea anorganică. Agresivitatea ar rezulta din jocul dintre eros și thanatos, aidoma comportamentului uman în general, și ar fi o redirecționare spre exterior a thanatosului (prin mecanismul deplasării), din necesitatea individului de a se autoproteja. ADLER consideră agresivitatea ca o aspirație general-umană, un factor indispensabil vieții. Ar fi o pulsione ce urmărește depășirea propriilor sentimente de inferioritate și dorința de putere. Masochismul sau autodepășirea sînt considerate ca forme de agresivitate convertită. M. KLEIN admite existența primitivă a iubirii și urii în conflict încă de la începutul vieții copilului. K. ABRAHAM pune în evidență componentele agresive și relația ambivalentă cu obiectul în stadiile libidinale. W. REICH descrie agresivitatea ca rezultatul a frustrărilor sexuale. Pentru H. A. MURRAY, agresivitatea este o trebuință de a învinge opoziția prin forță sau de a lupta, a pedepsi, chiar a suprima (uneori din răzburare).

Oricare ar fi interpretările sau prelucrările teoretice, cea mai prețioasă contribuție a psihanalizei constă în observarea infinitelor modalități de manifestare a agresivității, în explicarea destinului pulsivității agresive, care poate fi transformată în energie adaptativă sau poate fi generatoare de boală.

H. HARTMANN, F. KRIS și M. LOEWENSTEIN disting patru tipuri de procese care modifică impactul agresivității: deplasarea spre alte obiecte, restrîngerea scopurilor agresive, intricația cu libidoul, sublimarea agresivității.

Sublimarea agresivității pune la dispoziția Eului o energie neutră, ce poate fi întrebuințată în activitate și adaptare. Experiența psihoterapeutică demonstrează că anularea defenselor patologice are consecințe directe asupra activismului persoanei în cauză. Sublimarea agresivității este observabilă deci la omul normal în activitatea reală (muncă, joc, competiție, alegerea profesiei), în producții imaginare (vis, producții artistice).

Inhibiția agresivității poate duce la: amabilitate reacțională, inhibiția sexuală — la subiecți care percep actul sexual ca pe o agresiune, inhibiția a muncii — la subiecți pentru care orice activitate este o agresiune, inhibiții sociale — la persoane guvernate de teama de a pierde afecțiunea, apatie, boli psihosomatice și tulburări psihice. În această teorie apare astfel ideea că bolnavul psihosomatic nu fantasmază, ci somatizează impulsivitățile agresive. După opinia psihanalizatorilor, analiza decelează astfel agresivitatea refuțată în afecțiuni psihosomatice ca: ulcerul gastro-duodenal, rec-

tocolita ulcero-hemoragică, infarctul, hipertensiunea arterială, manifestările alergice, psoriazisul etc.

Teoria frustrației, elaborată de W. SCOTT și J. DOLLARD (teoria reactivă, 1933), preia o idee a lui FREUD, considerind agresivitatea ca rezultat al blocării din exterior sau al frustrării, care împiedică pulsivitatea vitală de a-și realiza scopul. În fața frustrării, subiectul reacționează fie prin agresivitate, fie prin opusul ei (de exemplu, răceala afectivă a copilului, ca revoltă față de părinți), ambele eventualități fiind un răspuns substitutiv. Dacă, la rândul ei, agresivitatea este blocată în exprimare, ea poate fi direcționată spre un nou substitut sau orientată spre sine, devenind autoagresivitate. N. E. MILLER nuanțează acest mecanism, specificind că numai în anumite condiții frustrarea declanșează agresivitate.

Ipoteza etologică, nu poate fi aplicată agresivității umane decît sub rezerva unei corespondențe genetice, asupra ei acționînd însă „influențele formatoare ale individului socio-cultural” (LABORIT) și această ipoteză trebuie menționată însă pentru tentativa celui mai ilustru reprezentant al ei, K. LORENZ, de a concepe agresivitatea ca un instinct al luptei, dezvoltat filogenetic, care se exprimă în comportamente agresive, sub influența unor stimuli din mediu ce o pot astfel modela. N-ar fi vorba numai de o energie instinctuală a agresivității, acumulată periodic într-un ritm cu o anumită rată, ci și de o descărcare a acesteia, modulată în bună măsură de mediu, de unde concluzia unui posibil „control” al agresivității prin dirijare, prin învățare din exterior (coabitarea de timpuriu a ciînilor cu pisicile, a tigrilor cu antilopele etc.). Agresivitatea la speciile de animale este doar adaptativă, fiind — spre deosebire de om — practic absentă între membrii aceleiași specii și lipsită de unul dintre atributele specifice umane, violența.

Datele etologice fructificabile în studii agresivității umane privesc :

- motivele principale ale actelor agresive : frustrarea unei nevoi, competiție sexuală, apărarea teritoriului ;
- conduitele menite să inhibe agresivitatea virtualului agresor : atitudinea de supunere, atitudinea infantilă (de neajutorare, de slăbiciune), atitudinea de seducție în scop nonsexual, acordarea de îngrijiri corporale etc. ;
- derularea unor comportamente specifice de luptă sau amenințare, în absența unui stimul extern, ca un comportament instinctual.

În cursul filogenezei speciilor, se poate observa importanța agresivității pentru perpetuarea acestora (exemplul clasic este lupta pentru apărarea teritorialității, ca spațiu de supraviețuire și de maximă concentrare a resurselor alimentare, sau competiția sexuală la masculi). Avînd în vedere că reacțiile în fața obstacolelor externe, generatoare de frustrare, pot fi de supunere, de evitare sau de luptă, este posibilă considerarea comportamentului agresiv ca un comportament adaptativ. Cu toate acestea, interpretarea antropomorfizantă a comportamentului animal poate fi echivocă. Speciei umane îi este caracteristică diversificarea modurilor de manifestare a agresivității, consecință firească a complexității psihismului uman. Astfel, agresivitatea umană opune mecanismelor ofensive („fight”), care susțin atitudinea generală în fața vieții, pe cele defensive („flight”), ele fiind utilizate alternativ.

Teoriile socio-genetice (L. BERKOWITZ, K. HORNEY, R. N. GOLDENSON) consideră agresivitatea ca un rezultat al învățării în decursul propriei existențe, care întărește răspunsurile agresive, prin eventuale rezultate pozitive obținute anterior, și care îl determină pe individ (acționînd singur sau în grup) să anticipeze aceste rezultate prin noi acțiuni agresive sau prin canalizarea sensului comportamentului agresiv în funcție de exigențele mediului social. Aceste teorii par mai realiste decît cele instinctuale, oferind și o cale de combatere a agresivității prin acțiuni de asanare socială, prin implantarea individului într-un mediu sănătos etc. POPESCU-NEVEANU vorbește de o agresivitate secundară, determinată social (insatisfacții personale, carențe afective, blazare, devalorizare, modele din subculturi delictuale, educație negativă), prin înadaptare sau adaptare socială negativă, care se poate manifesta prin reacții heterosau autoagresive. E. FROMM, considerînd agresivitatea dintr-o perspectivă antropologică, vorbește de agresivitate benignă și malignă. Agresivitatea benignă este biologic-adaptativă, reactivă și defensivă, în serviciul vieții, constituindu-se ca un răspuns la amenințările vitale și este programată filogenetic, fiind întâlnită și la animale. Condiția diminuării ei ar fi ca „nici indivizii, nici grupurile să nu fie amenințate de alții, prin instaurarea unui sistem care să garanteze tuturor satisfacerea necesităților fundamentale”. S-ar realiza prin reducerea „narcisismului de grup” și prin schimbări sociale de la tipul „control-orientare-putere” spre viața însăși, cu necesitățile ei firești, de la „a avea și a acumula,

la a fi și a împărtași". Agresivitatea malignă este biologic-neadaptativă, distructivă, neprogramată filogenetic și ofensivă, caracteristică omului. Se manifestă prin cruzime și omor. Deși nu reprezintă un instinct, este o „posibilitate umană înrădăcinată în însăși condițiile existenței umane”. O inventariere a factorilor cauzali enumerați, ar putea duce la clasificarea lor schematică în :

- sociali (frustrația — al cărei rol a fost revizuit și mult diminuat, în ultimul timp, provocarea fizică sau verbală, expunerea la modele de agresivitate propagată îndeosebi prin mass-media) ;
- de mediu (zgomotul, căldura, aglomerația, cresc agresivitatea) ;
- situaționali ;
- agenți activi biologic (alcoolul, drogurile).

La individul normal, agresivitatea se poate manifesta într-o multitudine de atitudini : evitarea, ironia, tachinarea, refuzul de a înțelege sau de a ajuta pe altul, opoziționismul pasiv sau activ. Alte forme de agresivitate ar rezulta prin deturnarea (redirecționarea, după N. TINBERGEN) conflictualității (K. LORENZ) în stare latentă, împiedicând astfel exprimarea directă a agresivității. O reducere prin dirijare pozitivă a agresivității se poate realiza prin : acceptare rațională a frustrației și canalizarea în acțiuni constructive, pozitive, socialmente utile (inteligenta, elanul creativ, după unii) și antrenarea în activități competitive (sport, muncă în echipă) sau reactivarea unui hobby.

Agresivitatea clinică însoțește manifest sau nemanifest, conștient sau inconștient, reactiv sau, mai rar, primar, inteligibil sau ininteligibil — toate tablourile psihiatrice.

Manifestările clinice ale agresivității apar la personalitățile structurate dizarmonic, prin bruschețea și brutalitatea reacțiilor de scurt-circuit sau indiferența și răceala afectivă cu care sînt comise acte de mare violență. La copil și adolescent tulburarea de comportament se însoțește de negativism, terorizarea anturajului, abuzuri verbale, neacceptarea normelor sociale, egocentrism, moduri manifeste sau echivalente de manifestare a agresivității, ca și tulburarea de personalitate pasiv-agresivă, în care agresivitatea este prezentă sub forma ineficienței voite, a amînării, a încăpățînării.

Personalitatea antisocială, prin caracterul ei anetopat, marcat prin absența identificării cu un altul și a culpabilității, ca și personalitățile dizarmonice de tip impulsiv, au în mod particular un mare potențial agresiv. O formă de manifestare a agresivității este raptusul

(exploziv, epileptic, melancolic, catatonice hetero- sau autoagresiv. Furorul epileptic și maniacal, ca și iritabilitatea (prezentă în toate bolile psihice, de la neurastenii pînă la deteriorare și demență), constituie extreme posibile ale intensității agresivității clinice. În cărcătura agresivă și ambivalentă apar în simptomatologia obsesională, deplasarea și proiecția agresivă în fobii, agresivitatea erotizată la perverșii sado-masochiști, agresivitatea în excitația sau agitația psihomotorie din manie, schizofrenie, sindroamele de sevraj toxic, demențe, oligofrenii, autoagresivitatea în suicidul depresivului psihotic. Pe lângă terapia biologică, sub toate formele ei, metodele psihoterapice (de grup, de joc), ocupaționale, ergoterapice și recreaționale sînt indicate în tratarea agresivității clinice. La psihopații cu decompensări frecvente, manifestate prin agresivitate, autoagresivitate, schizofrenii cu defect psihopatoid heteroagresiv, se utilizează uneori psihochirurgia ; pentru bolnavii cu mare pericolozitate socială și lipsiți de discernămint, se aplică tratamentul psihiatric în condițiile măsurilor medicale de siguranță indicate printr-o expertiză medico-legală psihiatrică.

390. AGRESOLOGIE (cf. lat. *aggressio* „atac” ; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen propus de MOSINGER în 1950 pentru a desemna o disciplină științifică cu caracter medical, care să se ocupe de efectele șocului asupra organismului uman.

391. AGRIOTIMIE (cf. gr. *agrios* „crud, feros” ; *thymos* „spirit”) ● Ura patologică, ferocitatea, impulsul real spre distrugere brutală. TUKE, citat de HINSIE și CAMPBELL, descrie cîteva forme de agriotimie : ambițioasă, hidrofobică, religioasă. În genere, atît termenul ca atare, cit și cei derivați nu prezintă decît un interes istoric, ei nemai fiind utilizați în prezent.

392. AGRIPNIE (cf. gr. *agrypnia* „insomnie, veghe”) — sin. AYPNIE. ● Termen introdus de MÜLLER și FIALHO în 1974 pentru a defini privarea de somn produsă în scop terapeutic (în sensul de insomnie, termenul a fost utilizat la finele secolului trecut și apoi abandonat). Ca metodă de tratament, a fost introdusă încă din 1959 de SCHULTE, care a experimentat-o în tratamentul stărilor distimice depressive, indicațiile ei electivă fiind depresiile endogene melancoliforme. Suprimarea somnului se face parțial, cînd subiectul este trezit prin stimuli externi în a doua sau ultima parte a nopții, sau total. La depresivi, faza de somn paradoxal instalîndu-se mai re-

pede decît la subiecții normali, se acționează selectiv asupra ei, subiectul fiind trezit exact în această fază. Agripniile selective se pot practica mai frecvent decît privarea totală de somn, care are un ritm bi- sau trisăptămînal, zilele de terapie succedîndu-se consecutiv sau cu intervale între ele. Anxietatea și imposibilitatea de a rămîne treaz tot restul nopții sînt fenomene care pot împiedica continuarea curei. După cum am menționat, depresiile cicloide și endogene, mono- sau bipolare prezintă indicațiile de elecție ale curei, ea acționînd favorabil asupra stării de inhibiție, și mai puțin asupra anxietății sau a altor simptome, ceea ce face să nu aibă efect terapeutic în depresiile nevrotice și reactive. Agripniei i se asociază întotdeauna tratamentul cu ortotimizante. Este folosită cu rezultate bune în stările depresive ale vîrstnicilor, precum și ca tratament adjuvant în depresiile ce apar fie în cursul evoluției psihozelor, fie la debut. Se poate asocia și cu tratamente neuroleptice, seismoterapie, iar ca tratament psihoterapic, se poate recurge la aplicarea agripniei în grup eterogen, pentru începători și avansați. Tratamentul se sistează atunci cînd se observă accentuarea depresiei, a anxietății, inapetenței și cînd apar modificări persistente pe EEG. Nu este indicată pentru persoanele foarte vîrstnice, și nici în stările de agitație, în afecțiuni somatice grave. Dintre teoriile, care explică acțiunea antidepresivă a agripniei, sînt de menționat numai două. Una dintre ele explică această acțiune prin datorita de somn paradoxal și relația lui strînsă cu sistemele serotoninergice și noradrenergice, iar cealaltă se bazează pe mecanismul hormonal de redresare a raportului nictemeral hormon corticotrop/hormon adenocorticotrop (CH/ACTH), care ar fi influențat de privarea de somn.

393. AGRIPNOCOMĂ (cf. gr. *agrypnia* ; *κομη* „somn adînc”) — sin. GOMA VIGILA → COMA.

394. AGROMANIE (cf. gr. *agros* „ogor” ; *mania* „nebulie”) ● Retragerea solitară la țară sau dorința manifestă și asiduă pentru aceasta, impulsul morbid de a trăi în solitudine, în afara orașului. Are semnificația izolării și este prezentă, în special, în cadrul manifestărilor psihice din senescență.

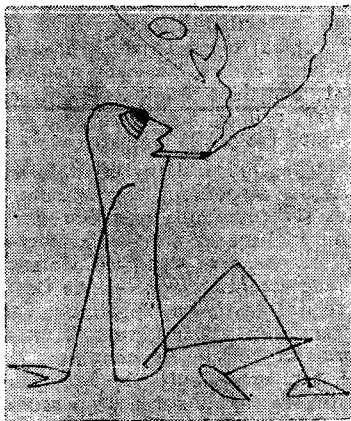
395. AGYRAX^(M) Franța ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează :

- HIDROXIZINA^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic ;

- MECLOZINA^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic ;
- EUFEMINA^(M) — stimulent betaadrenergic. Are acțiune anxiolitic-sedativă.

396. AHAȘVERUS^(B) sindrom ● Împrumutînd numele unui personaj legendar (evreul rătăcitor), P. WINGATE descrie, în 1951, în cadrul toxicomaniilor, comportamentul neobișnuit al unor personalități dizarmonice toxicomane, care se adresează unităților medicale și farmaciilor pentru a-și procura drogul preferat, inventînd istorii cu caracter deosebit de dramatic privind starea lor de sănătate. Uneori își provoacă leziuni și chiar automutilări grave pentru a justifica necesitatea administrării narcoticului (de obicei, un derivat de opiu).

397. AHILOGNOZIE (cf. gr. *a-* ; *hyle* „materie, substanță” ; *gnosis* „cunoaștere”) ● Imposibilitatea diferențierii calităților obiectului examinat prin pipăire sau simț tactile (grosime, greutate, asperități, luci) ; este cunoscută și sub denumirea de agnozia intensității. Ahilognozia face parte, împreună cu AMORFOGNOZIA, din grupul agnoziilor tactile (astereognozii) → AGNOZIE și ASTEREOGNOZIE.



398. AHLENSTIEL^(B) halucinații. ● Halucinații simple auditive, care se întîlesc la persoane normale în situații de încordare, tensiune, alarmă. După autorul de la care au primit denumirea și care le-a descris în 1960, ar fi manifestări ale „memoriei acustice”

399. AHPYNON^(M) RDG—DCI *Bemegrid* ● Analeptic care, deși prezintă o structură chimică asemănătoare cu cea a barbituricelor, clinic este antagonistul stării de depresie respiratorie produsă de acestea și reprezintă antidotul specific. Acțiunea sa se adresează centrilor bulbari (cardiac și respirator) și sistemului reticular ascendent și are o acțiune de scurtă durată, datorită oxidării rapide, și nu are efect psihoton. Indicat în intoxicații și în coma barbiturică, este utilizat drept activator în EEG pentru formele inaparente de epilepsie. Produși similari: BEMEGRIDE și MEGIMIDE^(M).

400. AIDOIOMANIE (cf. gr. *aidoion* „organe genitale”; *mania*, „nebulie”) → SATIRIAZIS.

401. AIHMFOBIE^(R) (cf. gr. *aichmē* „virf ascuțit”; *phobos* „frică”) ● Teamă obsesivă de obiecte ascuțite, care îl cuprinde pe subiect la vederea (uneori la evocarea) acestora. Nu are un caracter net de fobie, deoarece în majoritatea cazurilor subiectul se teme de ceea ce ar putea face cu acestea și nu de pericolul pe care acestea l-ar reprezenta pentru el.

Poate antrena comportamente de evitare dintre cele mai bizare, cel mai uzitat fiind adunarea obiectelor ascuțite din gospodărie și incuiera lor în locuri sigure; uneori, pot surveni și diferite ritualuri. Se întâlnește în nevroza obsesională și în cea obsesivo-fobică.

Psihanaliza a găsit un teren fertil în interpretarea acestei obsesii, numită în mod impropriu fobie, atribuindu-i caracterul de agresiune sexuală refuțată, ceea ce — obiectiv — ar putea fi valabil numai pentru unul dintre sexe.

402. AILUROFOBIE^(R) (cf. gr. *ailouros* „pisică”; *phobos* „frică”) sin. GATOFOBIE → GALÉOFOBIE.

403. AJUSTARE (cf. fr. *ajuster*, cf. lat. *justus* „drept, just”) ● Acțiunea de potrivire, adaptare, punere de acord. Personalitatea umană, ca sistem bio-psiho-social cu caracter dinamic, nu se poate cristaliza și dezvolta armonios fără o ajustare permanentă și corespunzătoare a structurilor ei active în raport cu circumstanțele mediului, sub influențe educaționale și culturale corespunzătoare. Este, așadar, o modalitate individuală de adaptare „originală” la mediu (ALLPORT). În adaptarea senzorială, ajustarea constă în reacțiile de orientare, acomodare și facilitare centripetă a aparatelor senzoriale, pentru asigurarea unei percepții (recepții) cât mai adecvate și cuprinzătoare. Adaptarea socială implică cu necesi-

tate modularea și modelarea interpersonală, precum și renunțarea reciprocă la unele idei, atitudini, comportamente defectuoase, inoportune sau neconforme cu cerințele socio-culturale, în avantajul altora mai adecvate sau conforme cu exigențele colectivității. În sistemele de autoreglaj (de exemplu, sistemul psihic uman), dispozitivul de conexiune inversă, care face posibilă modularea și evoluția secvențială a autoreglajului, realizează o ajustare a informației de comandă, în raport cu informația reproductivă.

În statistică, prin ajustare se înțelege înlocuirea după anumite reguli a valorilor statistice empirice cu valori teoretice, dispuse continuu și regulat, care să dea o imagine cât mai reală asupra unui fenomen, făcând abstracție de influența exercitată de factori aleatori.

404. AKATAFAZIE (cf. gr. *a-*; *kataphasis* „limbaj corect”) ● Tulburare a limbajului vorbit, manifestată prin dispunerea greșită a cuvintelor în frază, inversări ale ordinii cuvintelor în propoziție, la un subiect care anterior avea posibilitatea exprimării corecte. Se întâlnește în intoxicații acute, stări crepusculare, ca bizarerie în limbajul schizofrenic sau ca semn al deteriorării operațional-asociative în demențe.

405. AKATISIE (cf. gr. *a-*; *katheisin* „a sta jos”) ^{sin.} → ACATISIE.

406. AKINEZIE (cf. gr. *a-*; *kinesis* „mișcare”) ● Diminuare pînă la abolirea motilității în absența unei paralizii. Sînt afectate atît, mișcările voluntare, cît și cele automate (mimică, balansul brațelor). Intensitatea simptomelor oscilează uneori după contextul emoțional, putînd debuta brusc (kinezie paradoxală). În psihiatrie se întâlnește în tulburările clarității și integrării cîmpului de conștiință (stupor); în cadrul tulburărilor psihice din tumorile frontale, în encefalite în cadrul sechelelor postencefalitice (sindromul parkinsonian aparținînd sindromului postencefalitic comun), în depresia melancolică (melancolia attonită, definită de vechii autori) și în schizofrenie (forma catatonică și hebefreno-catatonică, în care au fost descrise stereotipiile akinetice sau de atitudine → STEREOTIPIE).

În general, akinezia este un termen aplicat mai ales sindroamelor neurologice. Akinezia parkinsonienilor (formă supremă a bradikineziei) se caracterizează printr-o economie maximă de mișcări — facies rigid, clipit rar, absența sincineziilor normale, a balansului brațelor în mers. Se pare că

inițiativa motorie este cea mai alternantă ; în sensul că, odată pus în funcțiune, un automatism se poate desfășura normal. Mulți autori subliniază importanța factorului emoțional în akinezia din parkinsonism ; sub efectul unei emoții puternice, se produce uneori un fenomen de eliberare (kinezie paradoxală) și bolnavul poate, pentru câteva minute, vorbi, merge etc. cu un debit foarte rapid. În psihiatrie, akinezia semnifică abolirea completă a motricității, fiind mai rară. În acest caz se realizează tabloul de „mutism akinetic”, greu de diferențiat de stuporul melancolic sau catatonie. Subiectul este complet imobil, dar prezent în mediu, putând urmări cu privirea. Mult mai frecvent se manifestă o reducere a amplitudinii motricității, pentru care se preferă termenul de lentoare psihomotorie sau bradi-kinezie.

În sindromul catatonie, dezintegrarea psihomotorie este caracterizată prin inerție și pierderea inițiativei motorii, dar pe acest fond, pot apărea fenomene caracteristice de tipul-catalepsiei, flexibilității ceroase, sugestibilității și negativismului.

Clinic se poate face diferențierea între akinezia neurologică și cea psihiatrică, patogenie însă, mecanismele par a fi similare, îndeosebi pentru akinezia neurologică și inhibiția psihomotorie a depresivilor. Astfel, s-a constatat că tratamentul de elecție al akineziei din boala Parkinson este dopamina, contraindicată însă în psihiatrie, unde este înlocuită de antiparkinsonienele de sinteză. Stările de lentoare psihomotorie ale subiecților aflați sub tratament neuroleptic, descrise ca depresie akinetică (BOURGEOIS), sînt sensibile la tratamentul cu antiparkinsoniene de sinteză. Micile fenomene parkinsoniene observate uneori la depresivi confirmă ipoteza, la fel ca și efectul pozitiv al antidepressivelor asupra akineziei din sindromul parkinsonian.

Utilizarea terapeutică a neurolepticelor a dus la manifestarea unor efecte secundare neurologice, printre care și un sindrom akinetic și akinetic-hiperton. Sindromul akinetic consecutiv tratamentului NL ar avea la bază un mecanism de inhibare a substanței reticulate, cu sediul în zona mezencefalo-striată, care determină o diminuare a recepționării stimulilor extra și interoceptivi și o pierdere a inițiativei (ideativ și kinetic). Se combate cu antiparkinsoniene, antidepressive, noanaleptice. Sindromul akinetic-hiperton (sindromul parkinsonian neuroleptic) se instalează prin componenta sa akinetică din perioada de atac a tratamentului cu NL. Dispare efectiv la antiparkinsoniene sau antihistaminice.

Akinezia amnestică (apraxie amnestică) constituie pierderea posibilității de reprezentare ideativă a mișcărilor ce urmează a fi efectuate.

407. AKINEZIE ALLEGRA • Fobia de acțiune, descrisă de P. JANET la subiecții care păstrează, după un-accident oarecare, o durere cu caracter trenant, localizată într-o articulație. Durerea (mai mult sau mai puțin reală) este cauza unei anxietăți extreme resimțită față de inițierea celei mai mici mișcări. Se înțilnește la structurile psihastenice, hipochondrice, isterice.

408. AKITAN ^(M) Finlanda — DCI Benzotropină • Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor, fiind un derivat difenilmetan, de tip 3-(difenilmetoxi)tropan și are acțiune antiparkinsoniană, colinolică și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale NL. Nu se administrează în sarcină, la virstnici și copii — poate produce hipotensiune marcată.

409. AKTEDRON ^(M) Austria, Ungaria — DCI Amfetamină • Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică → AMFETAMINE (DCI)

410. ALALIE (cf. gr. *alalein* „a vorbi”) sin. → LOGOPLEŢIE.

411. ALALIE IDIOPATICĂ ^{sin.} → AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE → AUDIO-MUTITATE.

412. ALAMON ^(M) Japonia — DCI Hidroxizin ^{sin.} Tranchilizant, derivat dietilmetan → HI-DROXIZIN ^(M) România.

413. ALARMĂ ^(R) reacție • În descrierea pe care o face mecanismului general de adaptare a organismului la stres, SELYE deosebește reacția de alarmă ca o fază primară, urmată de fazele de rezistență și epuizare. Această primă etapă a răspunsului la stress se caracterizează prin intervenția complexului neuroendocrin și, în particular, a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian.

414. ALASED ^(M) Grecia — DCI Haloperidol • Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-[4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin]-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice de tip predominant sedativ, dar și cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

415. **ALBATROS^(S) sindrom** ● Descriș în medicina psihosomatică de E. C. JOHNSTONE și colaboratorii în 1967, acest sindrom este semnalat inițial la subiecții operați de ulcer peptic, la care rezultatele postoperatorii sînt foarte slabe. Subiecții invocă o senzație de vomă permanentă, slăbiciune persistentă și o alterare a stării generale. Autorii condiționează aceste rezultate de : tulburări evidente de personalitate, dependență de produse salicilice cu efect analgezic sau de narcotice, indicație chirurgicală insuficient fundamentată. Cînd operația s-a efectuat în condițiile absenței unui pericol real (dureri cronice), pacientul transferă patologia anterioară intervenției asupra stării postoperatorii.

WERMUTH consideră sindromul Albatros ca o variantă a sindromului Münchhausen. Pentru practică este necesar să se înțeleagă faptul că, deși durerea și motivația sînt legate una de alta, medicul chirurg nu trebuie să opereze personalități iritabile ci numai ulcere iritabile.

Denumirea sindromului a fost inspirată de un poem („Balada bătrînului pescar“) al cunoscutului romancier și poet englez S. COLLIERIDGE în care un bătrîn marinar ucide albatrosul ce îl însoțea prătutîndeni pe mare. Actul absolut nemotivat al bătrînului este urmat de suferințe groaznice.

416. **ALBEGO^(M)** Belgia, Elveția, Italia, Olanda, R.F.G., Spania — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetilcarbamit (ester), cu acțiune sedativ-anxiolitică. Contraindicații : miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

417. **ALBORAL^(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM^(M) România.

418. **ALBRIGHT^(M) sindrom** — sin. DISPLAZIE FIBROASĂ ; DISPLAZIE OSOASĂ POLIOSTOZICĂ ; OSTEODISTROFIE FIBROASĂ JUVENILĂ ; OSTEITĂ FIBROCHISTICĂ ● Afecțiune cu caracter familial, cu mod de transmitere autosomal-recesiv, manifestată din primele luni de viață, cu precădere la sexul feminin. Poate fi datorată unei disfuncții hipotalamo-hipofizare și cuprinde în tabloul ei clinic anomalii osoase (osteită fibrochistică), tulburări de pigmentare cutanată și tulburări endocrine. Acestea din urmă determină, mai ales, apariția puber-

tății precoce (manarhă și caractere sexuale secundare înainte de opt ani la fete ; caractere sexuale secundare, spermatogeneză și ginecomastie înainte de șapte ani la băieți). Uneori se constată grade variabile de debilitate mentală.

419. **ALBROMEN^(M)** Ungaria — DCI *Bromisovalum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BROMOVAL^(M) România.

420. **ALBUMINORAHIE** ● Indicator important pentru diagnosticul unor afecțiuni neurologice și psihatrice, reprezentînd concentrația albuminelor din lichidul cefalo-rahidian. Valoarea normală este de 10—25 mg (din 20—40% total proteine), dar este o valoare medie, pentru că ea se modifică în funcție de nivelul la care se extrage LCR. Astfel, în spațiul subarahnoidian vertebral, ea este de aproximativ 0,22 — 0,30g¹⁰⁰, în spațiul suboccipital-aproximativ 0,15 — 0,20g¹⁰⁰ iar în spațiul intraventricular — aproximativ 0,10g¹⁰⁰. Albuminele se pot doza cantitativ, reacția respectivă bazîndu-se pe precipitarea lor cu acid tricloracetic. În cadrul proteinorahiei, albuminele se determină calitativ, prin reacțiile None-Apelt, electroforeză și reacțiile coloidale, acestea din urmă fiind :

- reacția cu benzoat coloidal prin care, prin sedimentarea în cele 16 tuburi, se stabilesc două zone (curbe) : curba meningitică (floculare în ultimele tuburi), curba sifilitică (floculare în primele 8—10 tuburi) ; această reacție este pozitivă pentru paralizia generală progresivă cînd flocularea se produce în primele 10-14 tuburi ;
- reacție cu aur coloidal (reacție Lange).

În tabelul următor redăm modificările albuminorahiei în cîteva circumstanțe etiologice specifice :

În tumori medulare sau cerebrale, prin blocarea circuitului LCR, apare fenomenul de disociație albumino-citologică, care semnifică creșterea albuminelor fără reacție celulară inflamatorie. În sindromul Nonne-Froin din tumorile medulare chistice, albuminorahia atinge ordinul gramelor, producînd chiar coagularea spontană a LCR. În puseele evolutive ale poliomielitei, prin trecerea unor produse de dezintegrare în LCR, albuminorahia crește fără a fi însoțită de o reacție celulară inflamatorie paralelă. În perioada de debut a meningitelor virale, poliomielitei, traumatismelor crano-cerebrale, sclerozei multiple se întîlnește fenomenul invers, numit disociație cito-albuminică, ce semnifică o albuminorahie normală acompaniată de o creștere a elementelor celulare.

Tabel nr. VI

Afecțiune	Albumine
— meningită :	
● bacteriană acută	++++ (7g)
● bacteriană virală	+++
● bacilară	++
● luetică	++
— tabes	+
— PGP	+++
— encefalite	+/N
— scleroză în plăci	+/N/—
— tumori	+
— traumatism cranio-cerebral	
± hemoragii	+

N = normal ; — = scăzut ; + = ușor crescut ;
 +++ = crescut.

421. ALCALOIZI DE RAUWOLFIA ● Extractele de Rauwolfia serpentina făceau parte din arsenalul medicinei orientale încă cu milenii în urmă, acțiunea lor terapeutică fiind cunoscută și utilizată atât în bolile de inimă, cât și în unele boli mintale. Redescoperirea lor s-a produs în ultimii 50 de ani (drept hipotensiv este acreditat în 1931, iar ca psihotrop în 1954). În ce privește modul de acțiune, se consideră că efectul psihotrop se realizează prin stimularea acetilcolinei cerebrale și inhibarea acțiunii adenozintrifosfataze (BENETATO), facilitarea transmisiunii sinaptice și creșterea acțiunii frenatoare corticale asupra hipotalamusului (PREDEȘCU), iar cel hipotensiv, prin acțiuni bradicardizante și sedative centrale. Indicațiile par impresionante comparativ cu utilizarea lor redusă: stări de agitație, tensiune interioară, stupoare, negativism, impulsivitate obsesivă — rezultatele fiind modeste în delirurile sistematizate, dar cu unele succese în psihozele cronice. Sfera indicațiilor se extinde în gerontopsihiatrie (în special în S.U.A.) și în nevrozele cenestopate, distonii neurovegetative. Nu se recomandă administrarea în depresii, indiferent de intensitate, în epilepsie și boala Parkinson.

În funcție de structura chimică și acțiunea psihofarmacologică, derivații se împart în următoarele grupe :

RESERPIDINE^(DCI) — grupă cu peste 150 produși farmaceutici cu acțiune psihotropă ;

DESERPIDINE^(DCI) — cu efecte anxiolitice mai bune și instalare mai rapidă a efectelor terapeutice ;

RESCINNAMINE^(DCI) — grupă cu utilizare mai largă, peste 40 produși farmaceutici.

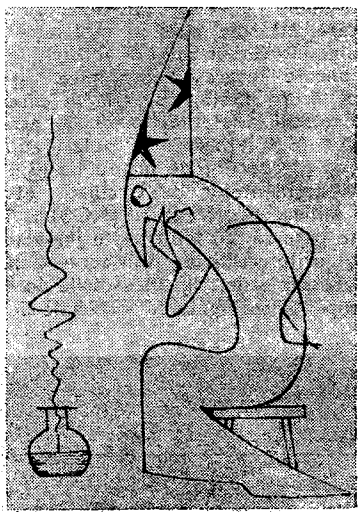
422. ALCESTEZIE — sin. **ALOESTEZIE** → **ALESTEZIE**.

423. ALCHIMIE (cf. arab al-kimiya) ● Proștiință medievală, care își propunea transformarea metalelor, îndeosebi transformarea acestora în aur (numită din acest motiv și „marea artă” sau „arta regală”). Alte preocupări notorii ale alchimistilor au fost căutarea pietrei filozofale și a elixirului vieții.

O serie de personalități istorice, interesate de acest domeniu, printre care R. BACON, HELVÉTIUS, PARACELSUS, AVICENA, și-au legat constatările prilejuite de practicile alchimiei de deschiderea unor orizonturi nu rareori terapeutice (metaloterapia, spre exemplu). Rămasă odată cu epoca modernă în domeniul istoriei științei și asimilându-se cu magia, alchimia a constituit și un domeniu de atracție filozofică, datorită lui JUNG, care i-a dedicat un deceniu de preocupări constante. El a căutat în ideea alchimică „un alt versant al existenței raționale banale” (R. CAHEN). JUNG va căuta în simbolistica alchimiei confirmarea propriilor sale teorii privind arhetipurile, va dezvolta „individuația”, după principiul dialecticii alchimiste, și va compara etapele psihanalizei cu acelea parcurse în căutarea pietrei filozofale. Cu toată măiestria speculativă

a autorului, acest demers nu a depășit, după opinia noastră, sfera poeticului, aportul său științific rămânând ipotetic.

424. **ALCOOL** (cg. arab. *al-kohl* „lucru subtil” ; fr. alcool) ● Lichid incolor, inflamabil,



cu miros și gust specific, obținut prin fermentarea zaharurilor din fructe și cereale sau pe cale sintetică și utilizat (DEX) ca dezinfectant, dizolvanț, combustibil sau la prepararea băuturilor spirtoase și ultimul aspect interesează și psihiatria, prin consecințele sale imediate și în timp. Chimic, este o hidrocarbură în care o moleculă de hidrogen a fost înlocuită cu o grupare oxidril.

Într-o clasificare rămasă clasică, alcoolul face parte din grupa de droguri „inebriantia” (LEWIN), fiind un deprimant central, cu efecte notabile asupra sistemului nervos central.

În cazul unor doze mici și în faza inițială a intoxicației acute, alcoolul provoacă o stare de euforie, dezinhibiție verbală, logoree, scăderea performanțelor prosexice reale și a celor motorii, creșterea capacității de imaginație. Această fază a intoxicației este urmată de accentuarea încordării motorii, diminuarea coerenței verbale, tulburări mnestice, hipostezie senzorială, confuzie, dezorientare, pierderea simțului echilibrului.

Cantitățile mari provoacă faza terminală a intoxicației alcoolice, cu somn și comă (alcoole-

mie în jurul a 2 g⁰/₁₀₀). Dozele mai mari de 6 g⁰/₁₀₀ (cca 700 ml alcool pe cale orală) sînt, de regulă, mortale.

Alcoolul este principalul drog în întreaga lume, fiind și singurul drog legal și istoria lui începe probabil cu istoria primelor civilizații, consumul alcoolului avînd rol ritual (păstrat pînă în zilele noastre sub forma „laică” în timpul meselor festive, a toasturilor) (EY).

Prin efectele sale (anxiolitic, euforizant și dinamogen), el se impune cu ușurință față de alte substanțe de acest tip, creînd, în primul rînd, dependență psihologică, cu atît mai mult cu cît psihologia colectivității nu este defavorabilă în culturile de tip european.

425. **ALCOOLEMIE** ● Cantitatea de alcool din sînge, corelat invers proporțional cu timpul scurs din momentul ingerării alcoolului și direct proporțional cu cantitatea de alcool ingerat. Alcoolul se absoarbe predominant prin mucoasa stomacală și intestinală, concentrația de alcool crescînd pînă la punctul maxim după 60—90 minute de la ingestie și fiind încetînită de emulsii, mucigalii, zaharuri. Alcoolemia scade cu 1/6—1/7 pe oră din valoarea maximă, prin metabolizare hepatică (10—15 ml/h) și eliminare directă prin urină și transpirație (10%). De regulă, modificările comportamentale și reacționale ale subiectului sînt în strînsă legătură cu alcoolemia. O alcoolemie mai mare de 5‰ este aproape întotdeauna lătală. La o concentrație de 1 g⁰/₁₀₀, alcoolemia are consecințe medicolegale, în țara noastră fiind considerată, în cazul conducătorilor auto, act cu urmări penale.

426. **ALCOOLICII ANONIMI (A.A.)** ● Organizație propunîndu-și reabilitarea bio-psiho-socială a alcoolicilor, prin abstenență și revenirea la o viață normală și ordonată. S-a format din inițiativa unui agent de bursă și a unui medic (foști alcoolici), în 1935, în S.U.A., luînd apoi o extindere internațională. Se definește programatic ca „o grupare de bărbați și femei care-și împărtășesc experiența, energia și speranțele în scopul rezolvării problemelor comune și în cel al ajutorării celor care au încă legătură cu alcoolismul”. De-a lungul anilor, A.A. a obținut rezultate deosebite, care au impus un sistem de lucru, determinînd crearea altor organizații asemănătoare: Alnon, Alanon, Vie libre, Croix d’or, Alateen, Croix bleue etc.

427. **ALCOOLISM** — generalități ● Cea mai răspîndită toxicomanie, adevărat flagel social mondial (excepțiază doar țările de religie musulmană), considerat de OMS a treia problemă

de sănătate publică, alcoolismul este o pandemie care amenință sănătatea fizică și mintală, atît în țările industrializate, cît și în lumea a treia. În pofida celor aproximativ zece congrese internaționale anuale care i se consacră, în scopul abordării multidisciplinare a acestui fenomen complex, numărul persoanelor care uzează și abuzează de alcool este în continuă creștere, limitele de vîrstă ale acestora sînt însă în continuă scădere (tinerii sînt din ce în ce mai numeroși în rîndul alcoolicilor), nici femeile nefiînd excluse de la acest continuu proces de extindere. Statisticile oferă cifre foarte aproximative, amploarea exactă a alcoolismului fiind practic necunoscută (PREDESCU, 1986) și se menționează cifre de 40 000—350 000 și respectiv 40 000—100 000 alcoolici în Anglia și Danemarca (1974), sau 12 milioane în S.U.A. (1972) și 25 milioane în U.R.S.S.; 40% în Franța și 25% în Iugoslavia, în anchete OMS recente. În Europa mör în accidente de circulație și

coolul. Atitudinea socială față de consumul de alcool este extrem de favorizantă extinderii lui, atît ca mentalitate comună, cît și la nivelul diferitelor structuri (economice, publicitare, instituționale). Producția mondială de băuturi alcoolice crește anual; comercializarea unora dintre ele se face prin intermediul unor vaste mijloace informaționale, reclamele publicitare prezentîndu-le sub forme care întăresc insidios motivația de a le consuma. Reversul acestor acțiuni, în care sînt implicate interese economice care nu sînt încă făcute publice, se află în cifre care exprimă costul asistenței medicale acordate alcoolicilor (8,3 miliarde de dolari anual în S.U.A.), al pierderilor de producție (9,4 miliarde), al accidentelor de circulație etc., în total 25 miliarde dolari anual (NOBLE, 1976). Astfel, se pare că, cu mult peste jumătate din cifra cîștigurilor realizate prin comercializarea alcoolului, se pierde prin încercările de corectare, compensare a efectelor nocive ale alcoolis-



DIRCK HALS

prin sinucidere cîte 100 000 de persoane anual, cauza indirectă fiind alcoolul. Statistici citate de aceiași autori arată strînsa dependență a ratei alcoolismului de marile prefaceri sociale (urbanizare, industrializare), fenomene care se pare că angrenează tensiuni psihologice al căror prim remediu, ușor accesibil, este al-

mului, adăugîndu-se la aceasta prețul imenselor suferințe umane. Astfel, în S.U.A., una din patru persoane este implicată, direct sau indirect (prin intermediul relației de orice tip cu un alcoolic) în consecințele acestui flagel.

Consumul de alcool a fost atestat, pentru prima dată, prin documente arheologice și

ecleziastice cu cca 12000 de ani în urmă. Este amintit și în scrierile lui HOMER, HERODOT, ARISTOFAN, PLATON. În Babilon, consumul de alcool consta în băuturi alcoolice „slabe”. (o băutură asemănătoare cu berea, utilizată în ceremoniile religioase — anul 6000 î.e.n.). Berea era inclusă în alimentația cotidiană și vinul era cunoscut la egiptenii din timpul dinastiei a III-a; chinezii antici fenicienii, vechii evrei și grecii antici pregăteau băuturi alcoolice din orez și viță de vie. HIPOCRATE schițează o descriere clinică a deliriumului tremens, căruia îi precizează etiologia (abuzul de alcool), iar CONFUCIUS menționează rolul nefast al alcoolului. Vechiul testament condamnă beția, dar nu și alcoolul. GINGIS-HAN recomandă soldaților să nu bea mai mult decât o dată pe săptămână, deși ideal ar fi să nu bea deloc, ceea ce — recunoaște el — „ar fi să ceri imposibilul”. Băuturile distilate apar după anul 800 e.n., cind în Anglia se inventează alambicul.

Etiologie. Cauzele alcoolismului nu se cunosc, dar s-au identificat unele condiții favorizante care pot fi considerate factori de risc (GOODWIN, 1985).

● **Sexul** — rata bărbaților față de femei este de 3:1.

● **Virsa** — alcoolismul apare de obicei între 20 și 40 de ani la bărbați; cinci din șase bărbați alcoolici au între 30—55 ani. La femei apare mai târziu. Peste 65 de ani alcoolismul este o raritate.

● **Istoric familial** — riscul pentru copiii alcoolicii să devină alcoolici este de cca patru ori mai mare decât pentru copiii nonalcoolicii. Prezența alcoolismului în familie constituie probabil cel mai evident element predictiv al riscului de a deveni alcoolic. În acest sens ar putea fi implicată imitația (copierea unui model comportamental, prin alegerea neîntâmplătoare a modelului acelora cu care subiectul se identifică, de exemplu, părinții, dar și a modelului acelora care dețin un statut social dorit de subiect — EDWARDS ș.a. 1972) sau învățarea operantă (comportamentul acceptat și chiar gratificat, are tendința să fie repetat, ceea ce se întâmplă în grupuri cu atitudine permisiv-incurajatoare față de obiceiul de a bea, ca și în situația în care un subiect, căutând anxiozitate, o găsește în alcool — ORFORD, 1971). Din studii familiale a reieșit posibila asociere a alcoolismului cu alte boli psihice (BRUGGER, BLEULER, A. MARK, WINOKUR, GUZE). În familiile alcoolicilor se întâlnește frecvent depresia, criminalitatea, personalitatea antisocială și personalitatea dizarmonică în general.

● **Factorul genetic** — într-un studiu suedez (KAJ, 1960) s-a constatat o frecvență de două ori mai mare a alcoolismului la gemenii monoziгоți decât la dizigoții de același sex. Cercetări psihologice ample făcute în S.U.A. și Danemarca pe copii adoptați (ROE, GOODWIN) au conchis că, practic, riscurile alcoolismului sînt prezente pentru copiii proveniți din familiile de alcoolici, chiar dacă ei sînt adoptați de mîci și crescuți în alt mediu familial. Studii recente au demonstrat o sensibilitate mult crescută la administrarea experimentală orală unică de alcool la japonezi, coreeni, amero-indieni, la care alcoolismul nu este obișnuit, în comparație cu subiecți de etnicitate europeană sau nord-americană.

● **Factorul geografic** — importanța sa a scăzut și în trecut se delimitau diferite zone geografice specifice pentru consumul unui anumit tip de alcool (distilatele pentru Anglia, S.U.A., U.R.S.S. și vinul pentru Franța, Italia, Grecia, Spania și berea pentru Germania, Austria, Danemarca, Olanda). Astăzi granițele par a fi invinse și „schimbul de experiență reușit”, utilizîndu-se peste tot toate tipurile de băuturi alcoolice.

Fiziopatologie. Alcoolul provoacă iritația corozivă a mucoasei gastrice și intestinale și angrenează scăderea absorbției intestinale și a apetitului, ceea ce antrenează, în cazul consumului cronic, deficite nutriționale mult crescute prin competiția metabolică hepatică pe care alcoolul o cîștigă în detrimentul principiilor alimentare, interferînd sistemele enzimatice hepatice. Alcoolul este metabolizat hepatic de două sisteme enzimatice, ambele producînd acetaldehida ca produs intermediar. Acetaldehida este convertită în acetat și acesta, la rîndul său, fie în bioxid de carbon, apă și energie, fie este utilizat în sinteza acizilor grași. Primul sistem enzimatic este constituit de alcool-dehidrogenază (care metabolizează cca 10 ml alcool pur/oră); în cazul depășirii capacității acesteia (prin exces de alcool) intră în funcțiune al doilea sistem, cel oxidativ microsomal, care furnizează o a doua cale metabolică. În cazul suprasolicitării acestor două sisteme, ceea ce se întâmplă în cazul alcoolismului cronic, ficatul va produce în exces adenindinucleotid-hidrogenază (NADH) care va antrena supraproducția sintezei de acizi grași, cu depozitare intrahepatocitară a compușilor grași, scăderea sintezei proteice și a gluconeogenezei. Rezultă o diminuare a variațiilor fiziologice ale glicerinei (care stimulează în mod normal apetitul alimentar). Subiectul nu se mai alimentează

corect, ceea ce crește predispoziția la hipoglicemie, de unde rezultă clinic slăbiciunea fizică, iritabilitatea, dorința crescută de a bea (aport rapid, dar frugal de calorii, știut fiind că 1 g alcool conține 7,1 cal), „black-out”-uri și chiar come hipoglicemice. Acetaldehida, ca produs metabolic intermediar al alcoolului, adâncește efectele metabolice toxice preexistente prin diminuarea nivelului adrenalinei și noradrenalinei. Acest fapt are consecințe metabolice (scăderea suplimentară a glicerinei, prin neutilizarea glicogenului hepatic, încărcarea lipidică hepatică suplimentară, prin nemobilizarea acizilor grași liberi din depozitele lipidice). Se pare, de asemenea, că acetaldehida are un rol important în instituirea dependenței, printr-un mecanism neurochimic cerebral: monoaminele biogene (serotonina, dopamina), metabolizate în mod normal pe cale oxidativă, pot fi oprite să urmeze această cale, prin excesul de acetaldehidă, și conduse spre o altă cale, cea reductivă. Se pot forma, prin condensarea monoaminelor, metabolizilor aldehidici și a alcoolului, complecși alcaloidici similari ca acțiune farmacologică cu morfina sau amfetamina (tetrahidroisocquinolone — TIQ), care, se pare, pot acționa ca pseudo-mediatorii. Ipoteza pare să fi fost verificată de studii experimentale, în cadrul cărora a putut fi provocată apetența pentru alcool prin injectarea de TIQ în ventriculii laterali ai creierului de șobolan (TIQ a fost identificat și în LCR și în urina alcoolicii). De asemenea, antagoniștii opiacei (naloxona) scad convulsiile de sevrăj la șoareci și blochează activitatea critică subcorticală indusă de alcool la maimuțe. Alte studii au relevat suspendarea comei alcoolice la om, prin administrarea de naloxonă, ca și prevenirea diminuării activității psihomotorii consecutive administrării de doze mici de alcool la voluntari. Deși ipoteza privind rolul acestor compuși alcaloidici nu este încă dovedită, ea poate pleda pentru o predispoziție genetică la alcoolism, ce ar putea fi responsabilă — prin implicarea unor diferențe metabolice individuale în producerea acestor produși — de o predispoziție variabilă la dependența etanolică.

Consecințe clinice clare ale perturbărilor metabolice induse de alcoolul în exces, decurg însă din producția crescută de acid lactic prin metabolizarea acetatului (acidul lactic este responsabil de apariția atacurilor anxioase din cursul alcoolismului cronic și al interferențelor sale acute) și hiperuricemia care poate precipita crizele gutoase.

428. ALCOOLISM — concept psihiatric ●
importanța socială și medicală a fenomenului

(fiecare alcoolic determină în medie disfuncția psihologică a altor șapte persoane și prezintă în timp una sau mai multe complicații somatice, uneori invalidante), necesitatea stabilirii unei complexe strategii terapeutice, a determinat apariția unei imense literaturi referitoare la alcoolism, la circumscrierea sa conceptuală și la încadrarea nozografică a numerelor modalități clinice de manifestare a sindroamelor psihice și psihorganice pe care le generează. Conceptul de „alcoolism-boală”, acreditat astăzi, este introdus de Benjamin RUSH (1811) și Th. TROTTER. El a fost larg răspândit, într-un înțeles rudimentar, în lumea medicală a celei de-a doua jumătăți a secolului XIX, alcoolismul fiind considerat, în perioada respectivă, „o nevroză sau o psihoză” („The Journal of inebriety”, 1876). Prohibiția a dus la declinul nu numai al comerțului licit de băuturi alcoolice, ci și al conceptului de alcoolism-boală (JELLINEK). La jumătatea secolului nostru însă, cercetările Școlii de studii asupra alcoolismului de la Universitatea Yale readuc în actualitate concepția medicală asupra fenomenului, concomitent cu contribuțiile, devenite clasice, ale lui E. M. JELLINEK („Phases of alcohol addiction”, 1952 și „The Disease Concept of Alcoholism”, 1960). Există însă semne de întrebare asupra dovezilor științifice clare care să ateste noțiunea de alcoolism-boală. Alcoolismul pare mai curând un sindrom comportamental dezadaptativ (S. HILL, 1985), decît o boală în înțelesul medical al noțiunii, lipsindu-i agenții etiologici identificabili, avînd rareori o evoluție naturală asemănătoare la toți subiecții și forme clinice distincte. Definiția însăși a fenomenului comportă variații, în funcție de normele sociale diferite ale culturilor diferite (EDWARDS, 1970). Este puțin probabil ca alcoolismul să reflecte un proces morbid intern, el definind mai degrabă „ceea ce o persoană face, decît ceea ce ea are” (ROHAN, 1975). Semnele generale ale alcoolismului, sînt de fapt semne ale consecințelor fiziologice (asupra diferitelor organe) ale consumului etanolic. CLARK, MIDANIK (1982) au constatat absența unui set unitar de simptome la marii alcoolici, găsind corelații doar între ritmul consumului și cantitatea consumată în ultima lună, cu consecințele sociale diverse ale acestui consum (în relațiile cu soția, cu prietenii, cu rudele, în cele profesionale sau incidente cu autoritățile). Deși semnele dependenței fizice (omiterea meselor în perioadele de abuz crescut, consumul pe ascuns, tremor după exces de alcool, consum matinal pentru combaterea marelui, „black-

out") au fost constant constatate de cei doi autori la alcoolicii aflați în tratament, ele nu par a fi, cel puțin deocamdată, utilizabile pentru definirea unui sindrom în sensul medical al cuvintului. Însuși consumul de alcool poate îmbrăca o mare diversitate de modele, ce rămân dificil de încadrat într-un sindrom unitar al consumului de alcool (HORN, WAMBERG, 1970). De multe ori, semne sau simptome ce pot defini dependența pentru un subiect, sînt ne semnificative pentru un altul. De aceea, deși s-au alcătuit seturi de criterii mai mult sau mai puțin eterogene pentru circumscrierea sindromului de dependență, se pare că este mai corectă referirea la sindroamele alcoolice, decît la un sindrom unitar (S. HILL).

Studiile epidemiologice de urmărire catamnestică, pe perioade de 4—20 ani (CLARK, FILLMORE, ROHAN, PETTINATI, POLICH), au constatat relativă lipsă de predictivitate a revoluției, cu variații anuale neprevăzute ale nivelului de consum, ceea ce infirmă concepția lui ROYCE (1981) a unei boli progresive, cu accentuare în timp a severității. În mod cu totul surprinzător, ROBINSON (1972) subliniază că însuși JELLINEK, considerat autorul conceptului modern de alcoolism-boală, a insistat asupra „pericolului extinderii termenului de alcoolism la toate formele consumului de alcool”, extindere care, „deși ar fi comodă unificării limbajului psihiatric internațional, ar deveni periculoasă pentru sensul adevărat și util al cuvintului”. JELLINEK, în cartea sa din 1960, definește prin alcoolism „orice uz de băuturi alcoolice ce poate cauza orice fel de prejudiciu individului sau societății” și atribuie condiția de boală doar formelor gamma și delta, considerate stadii adictive în sens farmacologic. Acest fapt îl determină pe ROBINSON să afirme că acreditarea modelului de boală alcoolismului se datorează mai mult celor care l-au citit și discutat pe JELLINEK, decît lui însuși, el descriind de fapt o sumă de comportamente asemănătoare bolilor (și interpretate ca atare), în timp ce propria sa concepție asupra alcoolismului-boală a fost pe cit de restrînsă, pe atît de clar definită. S. HILL consideră chiar că JELLINEK ar fi surprins dacă ar constata ușurința cu care i se atribuie generalizarea condiției de boală tuturor formelor de alcoolism. Importanța discutării problemei modelului medical al alcoolismului, rezidă în consecințele ei asupra strategiilor terapeutice, care presupun întotdeauna colaborarea unei echipe (medici, nu numai psihiatri, psihoterapeuți, sociologi), care să poată interveni

în orice stadiu al „bolii”, știut fiind că alcoolicele se numără printre cei mai dificili pacienți (KRYSTAL, MOORE). De aceea, modelul medical care ar concepe alcoolismul ca o singură entitate, cu un singur tratament, este limitativ și deocamdată nejustificat științific (S. HILL). O concepție mai elastică și cuprinzătoare, care are în centrul ei dezadaptarea psihologică și nu exclude evoluția spre „pierderea controlului”, asupra cantității consumului, ca semn al apariției dependenței fizice, permite o abordare terapeutică diferențiată și gradată, fără de care nu se poate vorbi de un tratament adecvat științific al alcoolismului.

Cercetarea științifică a alcoolismului cunoaște trei etape:

- clinică, reprezentată de școala de psihiatrie franceză, prin MAGNAN (care îl consideră o formă socio-genetică a „degenerescentei” și care descrie dipsomania, ca depresie periodică, și delirul cronic alcoolic), FALRET, FOREL, LASÉGUE, LEGRAIN, și de cea germană prin GRIESINGER, KRAEPELIN, BONDHOEFFER (care sistematizează formele și sindroamele clinice care compun alcoolismul) ;
- analitică (studiile de la Universitatea Yale, studiile epidemiologice etc.) ;
- biochimică — perioadă contemporană, care caută modificări enzimatică, metabolice, markeri biologici.

Din tentativele de clasificare a fenomenului în sine, reținem câteva:

- Clasificarea lui BLEULER :
 - alcoolism datorat unor condiții de mediu și factori ocazionali ;
 - alcoolism care apare pe fond nevrotic ;
 - alcoolism pe fond psihopatic ;
 - alcoolism secundar (psihozelor endogene, unor leziuni psihoorganice post-traumatice, din epilepsie, oligofrenie).
- SIVADON ia în considerare tipul personalității preexistente :
 - alcoolism nevrotic ;
 - alcoolism psihopatic ;
 - alcoolism fără tulburări de personalitate (personalitate paranormală).
- DESHAIES descrie alcoolismul primar (habitual, de „antrenament” sau socio-profesional) și secundar sau simptomatic, pentru subiecți cu disfuncții psihologice (alcoolismul nevrotic), sau patologice (epilepsie, depresie, schizofrenie) preexistente.
- P. FOUQUET (1952) descrie :

- **alcololite** — alcoolism de antrenament, de „chemare”, și obișnuință socio-profesională în care predomină un factor toxic și toleranța se prelungește mulți ani, fiind urmată de consecințe organice (hepatice, gastrice, neuropsihice); este apanajul bărbaților, factorul psihopatologic lipsește de obicei, sint băutorii excesivi;
 - **alcoolozele** — presupun aspecte psihonevrotice ale personalității, sint reprezentate de obicei de băutorii episodici nevrotici, din care 80—85% ar fi femei, alcoolul fiind un remediu anxio-litic al problemelor nevrotice față de care subiecții au o mică toleranță;
 - **somalcoolozele** — rare, corespund consumului impulsiv datorită unui factor psihic — prezența unor psihoze; ar fi un alcoolism simptomatic al acestor boli psihice.
- FOUQUET a avut drept zonă de studiu țările viticole (Franța, Spania etc.), descriind ceea ce se mai numește alcoolismul mediteranean, în funcție de cei trei factori precumpănitori (toxic, toleranța, psihic). Alcoolismul mediteranean se caracterizează prin existența controlului asupra cantității consumului, deși există imposibilitatea abținerii; acest pattern constă în consumul unei cantități zilnice, relativ fixe, fără compulsiunea de a o depăși, ceea ce face ca alcoolicii de acest tip să nu recunoască faptul că sint alcoolici (pentru că se pot controla); la întreruperea consumului apare însă sindromul de abținere.
- JELLINEK (1952) delimitează cinci specii de alcoolism corespunzătoare tot atîtor patternuri ale consumului:
- **forma alfa** — caracterizează personalitățile nevrotice, cu dependență psihologică și care folosesc alcoolul în perioade de criză, stres, pentru cuparea durerii somatice sau morale, a disconfortului fizic sau afectiv. Consumul este simptomatic, poate avea repercusiuni sociale (absenteism), medicale (denutriție), nu apare pierderea controlului;
 - **forma beta** — se întâlnește în cazul consumului datorat unor obiceiuri culturale; este însoțit de complicații somatice (gastrită, polinevrită, ciroză, denutriție); rareori poate apare sevraj;
 - **forma gamma** — constă în prezența pierderii controlului cantității ingerate, cu toleranță crescută și semne de sevraj, consecințe nefaste asupra funcționării sociale, profesionale. Este prototipul alcoolicii reuniți în organizațiile de tip A.A., care necesită un suport social instituționalizat pentru a fi ajutați să se abțină, fapt pe care îl pot realiza pentru perioade variabile de timp;
 - **forma delta** — apare imposibilitatea abținerii chiar pentru una-două zile, dar se păstrează controlul cantității ingerate, fenomenele de sevraj fiind frecvente și accentuate;
 - **forma epsilon** — dipsomania.
- Forma beta este un alcoolism somatic (mediteranean sau francez), forma alfa-nevrotic (anglo-saxon), gamma, delta, epsilon, constituind alcoolismul psihiatric propriu-zis (incadrabil într-un model medical, de boală).
- Se mai vorbește de un alcoolism simplu (alfa, beta) și toxicomania alcoolică (adiția), care cuprind formele gamma și delta, de un alcoolism ocazional, cronic (zilnic), de weekend.
- O clasificare clinică, schematică, deosebește alcoolismul acut (beția vulgară și beția patologică sau idiosincronică) de cel cronic (delirium tremens, predelirium tremens, encefalopatia, sindrom Korsakov, halucinaza Wernicke, demența alcoolică). Cea mai acceptabilă dintre aceste clasificări pare a fi cea a lui JELLINEK, deși și aceasta începe să fie din ce în ce mai puțin utilizată, dată fiind tendința ei de a izola tulburări extrem de diverse în „grupuri statice”, prin adaptarea manifestărilor la sistemul de clasificare, și nu invers (CHAFETZ, 1976).
- Din punctul de vedere al practicii clinice, semnele orientative pentru identificarea unui pacient alcoolic sint următoarele: facies rozat (cuperoza), rinofima (acneea hipertrofică a nasului), arcul senil corneean (opacitate inelară corneeană cu tulburarea acuității vizuale, prin depozitare de compuși lipidici), eritem palmar, hipertrofia hepatică necercasă, dureri ale etajului abdominal superior, cu iradieri posterioare consecutive pancreatitei cronice, frecventă la alcoolici, tulburări de sensibilitate și slăbiciune musculară la nivelul gambelor, dureri de picet (consecutive polinevritei).

Markeri biochimici ai alcoolismului cronic sînt considerați :

- creșterea γ -glutamyltranspeptidazei (GCT) sanguine, crescută la cel puțin jumătate din mării băutori, dar și la indivizi care consumă mult alcool într-o perioadă scurtă ; poate fi utilizată ca test de confirmare a alcoolismului la subiecți suspecți, dar care îl neagă și nu au antecedente citolitice hepatice (KRISTENSON) ; revine la normal în circa trei săptămîni de la sistarea consumului de alcool ;
- creșterea volumului eritrocitar mediu, test mai puțin fidel decît GCT (WHITFIELD, CHICK) ;
- creșterea acidului uric, trigliceridelor, ureei plasmaticе ;
- creșterea aspartataminotransferazei (AST) și a feritinei serice.

Conturarea unor modele ale consumului alcoolic, utile măsurilor terapeutice și programelor complexe profilactice, necesită studii populaționale care să utilizeze instrumente standardizate, în care se acceptă apariția dependenței psihologice (consum mare) la ingestia cotidiană de cca 50 g alcool și a celei fizice (consum foarte mare) la ingestia de 80 g alcool.

429. ALCOOLISM ACUT ● Formă clinică a alcoolismului, în care tulburările psihice se pot manifesta sub aspectul intoxicației alcoolice

rect dependente de gradul alcoolemiei (păstrînd bineînțeles „culoarea” individuală) :

- faza infraclinică (0,8 g ‰), în care scad performanțele psihomotorii ;
- faza de excitație psihomotorie (dorită și căutată), care apare la concentrații variabile în funcție de subiect și se manifestă prin euforie, de obicei flux și ritm ideativ crescut, logoree, hiperprosexie, hipermnezie, ușoară iritabilitate, imaginație crescută, incoordonare motorie ;
- faza ebriosaă (1—2 g ‰) — cu dezinhibiție, exaltare euforică, incoerență verbală, amnezia lacunară a episodului, incoordonare accentuată, hipoestezie senzitivă și senzorială ;
- faza de somn (2 g ‰), comă profundă și exitus (4—6 g ‰).
- Beția patologică, este forma acută de alcoolism, capabilă să scoată la iveală pragurile profunde ale unei personalități dizarmonic structurate, în sensul psihopatic și „patologic” conferit de GARNIER (1890). Cele trei forme clinice pe care le îmbracă sînt :
 - beția excitomotorie (cantitate relativ limitată de alcool care, după ingerare, determină un episod de tip crepuscular, cu automatisme motorii ale căror consecințe pot fi extrem de grave, urmat de amnezie lacunară) ;
 - beția halucinatorie (halucinații vizuale și auditive cu caracter amenințator care



Hieronymus Bosch

acute (beția acută, beția patologică) sau al delirului alcoolic subacut și acut.

● Beția acută simplă — reprezintă o intoxicație accidentală, la un nebăutor, sau un epifenomen al alcoolismului cronic (POROT), comportînd trecerea prin cele patru faze di-

ii antrenează pe subiecți într-un comportament delirant-halucinator) ;

● beția delirantă (tematica delirantă axată pe autodenunțare, idei de grandoare, gelozie, de persecuție — cu activitate modificată în același sens).

POROT este de părere că tot aici ar trebui incluse beția convulsivă, beția comatoasă „d'emblée” și dipsomania. Aceasta din urmă, prin caracterile particulare care le imprimă nota impulsivă, intempestivă, a abuzului de alcool, necesită o descriere aparte → DIP-SOMANIE.

Diagnosticul diferențial al acestor forme de intoxicație acută trebuie neapărat să ia în considerare alte intoxicații ce realizează o stare euforică (cocaină, LSD, cloralhidrat, eter, hașis, oxid de carbon, sulfură de carbon), accesul hipomaniacal, afecțiuni neurologice cu localizare vestibulo-cerebeloasă, starea post-critică epileptică. Beția patologică poate să fie diagnosticată numai după ce s-au exclus: beția acută simplă, sindromul confuzional și sindroamele delirant-halucinatorii de alte etiologii, epilepsia și alte crize convulsivante, come de diferite cauze.

● Delirul alcoolic subacut și acut sînt urburări psihoice (de intensitate progredientă) care apar pe fond de impregnare alcoolică cronică, ocazionate de un abuz alcoolic suplimentar, de sevraj sau de un agent stresant pentru organism (boală intercurrentă, traumatism, intervenție chirurgicală etc.).

Prezența simptomului de impregnare alcoolică cronică, a delirului oniric și a confuziei mintale, orientează destul de rapid diagnosticul, ținînd seama și de unele aspecte particulare: prodromal, se accentuează toate semnele fizice și psihice ale impregnării cronice, sînt prezente tulburări de somn, coșmaruri, iar delirul oniric conține halucinații, în special vizuale (cu conținut profesional, zoopsic etc.), uneori liliputane, alte tipuri de halucinații (auditive, olfactive, gustative, tactile), fenomene de automatism mintal. În funcție de predominanța confuziei sau a halucinațiilor se descriu formele confuzo-onirică și cea halucinatorie. Evoluția poate fi spre vindecare (în câteva zile, cu sechele postonirice), spre psihoze alcoolice cronice sau spre agravare (delirium tremens).

● Delirul alcoolic acut (delirium tremens) este forma evolutivă a celui subacut care cuprinde, pe lângă elementele acestuia, semne grave de afectare somatică: hepatică, deshidratare pronunțată cu tendință la colaps, febră. Pe scurt, vom aminti doar că debutul este, de obicei, exploziv, somnul total suspendat, iar agitația din timpul perioadei de stare este intensă și dezordonată, cu afectare somatică importantă → DELIRIUM TREMENS. Evoluția este favorabilă sub tratament, dar se poate complica prin convulsii sau exitus (29%), sechelele pot fi sub forma ideilor fixe postonirice sau a psihozelor alcoolice cronice.

În diagnosticul diferențial al acestui tip de delir trebuie excluse delirul și onirismul din alte intoxicații, sindromul confuzional de diverse cauze, stări de șoc.

430. ALCOOLISM CRONIC — sin. SINDROMUL DE IMPREGNARE ALCOOLICĂ ●

Tulburările psihice, somatice și neurologice în contextul unui exces cronic de alcool circumscriu la individ o stare cu caracter permanent, pe fondul căreia pot surveni acutizări episodice, urmate de amnezie-lacunară. Aspectul general caracteristic al subiectului (față congestionată, conjunctive injectate subicterice, dizartrie, hipersudorație) alături de tulburările psihice, în care pe prim plan se află scăderea nivelului etic general, sub dictatul consumului de alcool, de tulburările somatice (gastrită, ulcer gastro-duodenal, hepatită cronică sau ciroză, hipertensiune arterială, tahicardie) și alături de cele neurologice (tremurături, polinevrită toxică, atrofii musculare, nevrită optică) conferă acestui sindrom un potențial de gravitate deosebită. Pe fondul acestui sindrom, complicațiile pot evolua sub forma manifestărilor delirante cronice, a encefalopatiilor alcoolice carentiale, a sechelelor postonirice („idei fixe postonirice”) sau chiar a delirurilor alcoolice cronice, cu caracter mai mult sau mai puțin sistematizat; delirul de gelozie, delirul halucinator cronic, sindroame schizofreniforme. Fără tendință de sistematizare, aceste forme clinice pot evolua timp îndelungat către o slăbire intelectuală progresivă, ce poate merge pînă la demență (POROT). Halucinoza alcoolică Wernicke → evoluează pe un fond clar al conștiinței, halucinațiile verbale sînt la persoana a treia, iar delirul secundar este slab structurat. Evoluția se îndreaptă spre rezoluție, cronicizare sau psihoze schizofreniforme.

Encefalopatiile alcoolice carentiale sînt bine individualizate ca descriere clinică → PSIHOZA POLINEVRITICĂ ALCOOLICĂ KORSKOV și ENCEFALOPATIA GAYET-WERNICKE, avînd drept criterii comune leziunile anatomice nervoase, cu corespondentul lor clinic și mecanismul carential prin consum cronic de alcool. Evoluția, după o perioadă variabilă, se poate face spre vindecare, cronicizare, demență sau exitus. Demențele alcoolice (simplă, pseudoparalizia generală alcoolică și pseudodemența confuzională) sînt faze finale, ireversibile.

Diagnosticul diferențial parcurge toată gama sindroamelor delirante cronice, al sindromului Korsakov și encefalopatiilor de alte etiologii, al demențelor de alte tipuri, ieșînd ușor în evidență prin elementele definitorii.

431. **ALCOOLISM** — aspecte medico-legale și asistență psihiatrică ● Consacrat definitiv ca boală, alcoolismul intră sub incidența asistenței medicale generale și psihiatrice, dar și sub influența legislativă a fiecărei țări. În acest sens, amplele și frecvențele probleme medico-legale pe care le antrenează alcoolismul în evoluția sa, ca și cele de sănătate publică, au dus la consensul general că alcoolismul trebuie abordat multidisciplinar și interdepartamental (V. PREDESCU). Fiind considerat cel mai important factor criminogen al zilelor noastre, acest tip de toxicomanie poate împinge la săvârșirea oricăror infracțiuni: acte de violență, vagabondaj, furt, viol, crime din gelozie sau ca urmare a raptusurilor delirante. De la studiile lui LEY și CHARPENTIER (1910) până la statisticile cele mai recente, se implică mecanismul dezinhibitor al alcoolului, declanșator al unor tendințe patologice de personalitate ale delincvenților. Acesta este și motivul pentru care legiuitorul nu a dispus absența discernământului decit în cazurile de alcoolism cronic, în care alienarea mintală a fost primară (a precedat alcoolismul), sau dacă este vorba de beție patologică. Date recente apreciază că alcoolul este cauza privărilor de libertate la 30—50% din deținuți, iar familiile de alcoolici furnizează 75% din delincvenții juvenili. Țara noastră comunică cifra de 10,8% ca reprezentând accidentele rutiere datorate alcoolului (Franța înregistrează 30%).

Legislația țării noastre, ca de altfel a majorității țărilor (unele, ca Libia, Arabia Saudită, Yemen, Kuwait, India, interzic total băuturile alcoolice), limitează consumul de alcool și prevede pedepse severe în cazul consumului de băuturi de către minori, la locul de muncă, în locuri publice în afara programului stabilit, conducerea autovehiculelor sub influența alcoolului, deranjarea liniștii și ordinii publice. De asemenea, au fost reglementate măsurile împotriva bolnavilor alcoolici periculoși (Decret 313).

Măsurile terapeutice sînt incluse în perimetrul larg al organizării asistenței sanitare

și se efectuează preponderent în cadrul rețelei de psihiatrie. Țări ca Anglia, Austria, Suedia, U.R.S.S., Polonia, Bulgaria etc. au înființat servicii special destinate acestui tip de toxicomani, în unele cazuri cu tratamentul obligatoriu.

Alcoolismul beneficiază de o asistență psihiatrică adecvată (spitale, LSM), în care planul terapeutic vizează următoarele obiective:

- tratamentul diferențiat al formelor clinice în timpul spitalizării și ambulator (rehidratare, psihotonice, alcooloterapie, sedative, vitamine, tonicardiaci etc.);
- tratamentul alcoolismului cronic care, după schema lui LAMIEUX, vizează: apelarea la motivația etică, cură de abstenență în servicii de psihiatrie, cure psihoterapeutice (de grup, psihanaliză, hipnoză), cură medicamentoasă de substituție sau de susținere cu psihostimulente, cură de aversiune (de decondiționare).

Alături de măsurile enunțate, programele de educație și informare a populației în legătură cu problema alcoolismului și a consecințelor sale, reducerea producției de băuturi alcoolice concomitent cu dezvoltarea producției de sucuri naturale din fructe, legume sînt elemente importante în activitatea de propagandă antialcoolică.

432. **ALCOOLOFILIE** (cf. arab. *al-kohl*; gr. *philos* „prieten”) ● Termen folosit în vechea psihiatrie pentru a desemna cea mai frecventă și cea mai cunoscută dintre „filii”, aceea pentru alcool. Nu s-a impus în descrierile nozografice, avînd nuanța unui eufemism în vădit de acord cu ravagiile somatice și psihice provocate de acest „fals prieten”.

433. **ALCOOLOMANIE** (cf. arab. *al-kohl*; gr. *mania* „nebulie”) — sin. **METOMANIE** ● Unii autori, în special francezi, folosesc termenul pentru a circumscrie alcoolismul ca toxicomanie (PERRIN). Totuși, există diferențe între alcoolism și toxicomanii, care ar putea fi sintetizate astfel:

Tabel nr. VII

	Toxicomanii	Alcoolism
● personalitate	tulburări grave, constante mare	pronormalitate în 50% din cazuri
● toleranță	rapidă, imperioasă	foarte variabil
● dependență psihologică	foarte mare	lent instalată
● dependență somatică		variabilă după formă

Alți autori, printre care RAINAUT, au arătat recent că există o serie de similitudini în ceea ce privește debutul, ignorarea riscului expunerii la toxic, caracterul autoperceptiv și hiperbulia legată de procurarea și consumul de drog. Optăm pentru păstrarea unei distincții între cele două categorii de consumatori de substanțe cu caracter toxic. FONTAN a propus termenul de TOXITUDINE pentru consumul produselor cu vânzare liberă, printre care și alcoolul, care dau totuși dependență (tutunul, cafeaua), rezervându-l pe cel de toxicomanie pentru substanțele procurate ilicit sau deturnate de la utilizarea lor medicală normală. Denumirea de alcoolomanie a fost folosită și în sens restrictiv, de dipsomanie, alcoolism epsilon (după JELLINEK), sau (după ROBERT), comportament alcoolic paroxistic.

434. ALCOOLOPAT, ALCOOLOPATIE (cf. arab. *al-kohl* ; gr. *pathos* „suferință“) ● Vechi termen care desemnează pe individul suferind din cauza consumului de alcool, cu referire la manifestările clinice generate de acest consum pe plan somatic, psihic și comportamental. Inclusă în cadrul vast al toxicopatiilor, alcoolopatia subsumează, la rindul ei, alcoolomania. Dependența de alcool pe care o implică, face din suferințele alcoolopatului subiect al intervenției psihiatrice. Ca și în alte cazuri (pneumopat, cenesopat, psihopat), termenul este lipsit de precizie.

435. ALDERLIN^(M) Suedia — DCI *Pronetolol* ● Betablocant cu acțiune psihotropă, de tip 2-isopropilamino-1-(naftil-2)etanol, indicat în combaterea anxietății cu și fără determinări somatice, alcoolism, tulburări de dinamică sexuală, combaterea tremorului senil, a tremorului parkinsonian și a celui din supradozarea tratamentului cu litiu. Nu se asociază cu IMAO.

436. ALDOL^(M) Belgia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidin-/4'-fluorobutirufenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar și cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

437. ALDOSTERONISM ^{sin.} → CONN^(S) sindrom.

438. ALEGERE (cf. lat. *allegere* „a alege“) ● Termenul desemnează, în accepțiunea sa cea mai frecventă, actul decizional, conștient și voluntar (obiectivat într-o atitudine opinie,

judecată de valoare, acțiune) prin care subiectul reține/păstrează o variantă dintre mai multe posibile și respinge alte variante.

În psihologie se folosește expresia „metodă de alegere“ ; în fiziologie există „reacție de alegere“ și „alegerea căii“ ; în psihopatologie — alegere asortativă.

Conduita umană este fondată, esențial, pe acte decizionale, conștient-voluntare, cu dublă desfășurare, internă și externă. Fixarea scopului este un act decizional de alegere, rezultat al luptei dintre motive, a evaluării condițiilor interioare subiective și a condițiilor exterioare obiective ; în ultimă instanță, alegerea este determinată de motivul cel mai puternic, nu totdeauna și cel mai conștient pentru subiectul în cauză. Transpunerea în plan comportamental și acțional a scopului este mediată operațional și instrumental.

În teoria deciziei, momentele cele mai importante sînt reprezentate de :

- identificarea principalelor variante ale acțiunii și estimarea consecințelor lor ;
- ierarhizarea efectelor previzibile în urma aprecierii lor prin prisma utilității (subiective) sau a valorii (obiective) sociale ;
- estimarea posibilităților de reușită sau de eșec pentru fiecare variantă de acțiune ;
- adoptarea strategiei de acțiune : de tipul minimaxim (sau „maximalizarea câștigului“) sau de tipul maximinim (sau „minimalizarea pierderilor“) ;
- reducerea variantelor de acțiune pînă la „structura alternativelor“ (dilema) ;
- înlăturarea „structurii alternativelor“ și investirea uneia dintre variante cu atributul de „optimă“.

Deciziile privesc nu numai obiectivele, ci și mijloacele, acestea din urmă putînd funcționa ca scopuri parțiale. Raportată și circumscrisă voinței ca fază a demersurilor acestora, alegerea poate căpăta semnificații patologice în condițiile suprimării suportului volițional sau al destructurării suportului motivațional. Raportată și circumscrisă adaptării sociale, „alegerea partenerului“ (conjugal, de muncă, de distracție etc.) reprezintă ultima etapă a stabilirii și funcționării unei relații interpersonale, ceea ce presupune din partea subiectului în cauză selectivitate și analiză plurifactorială. Dintre criteriile utilizate în alegerea partenerului (inserate în diverse lucrări de specialitate), se pot enumera : criteriul proximității biopsiologice sau psihosociale (afinități comune, atitudini, valori, aspirații sau idealuri asemănătoare, constituție fizice apropiată, roluri și statute similare etc.), criteriul utilității

(KELLEY și THYBAUT), criteriul preferinței interpersonale (J. L. MORENO etc.) Nu totdeauna alegerea partenerului este adecvată sau durabilă, așa cum o demonstrează rata crescută a despărțirilor, a conflictelor de muncă sau a prietenilor destrămate la scurt timp după realizarea lor. Un rol important în geneza acestor disfuncționalități interpersonale revine (pre)existenței, în cadrul diadelor menționate sau al colectivității, unor personalități dizarmonice sau unor boli psihice, care pot genera decizii deviate ca sens și conținut, decizii intinlitate în aproape întreaga patologie psihiatrică.

În psihanaliză, FREUD vorbește despre două tipuri de alegere obiectuală: alegerea narcisică și alegerea prin sprijin. Alegerea narcisică are la bază relația subiectului cu propria persoană, obiectul ales îl reprezintă pe subiect, este analog subiectului sau unor particularități importante ale sale. Alegerea narcisică se face, la rîndul ei, după tipul de narcisism (FREUD) și astfel subiectul alege după una sau mai multe din următoarele variante: „... ceea ce este el însuși, ceea ce a fost, ceea ce ar dori să fie sau o persoană care a reprezentat o parte din propria persoană”.

Alegerea prin sprijin se bazează pe relația subiectului cu modelele parentale, obiectul ales reprezentînd unul dintre aceste modele; originea acestui tip de alegere se află în faptul că inițial pulsuniile sexuale se sprijină pe (se satisfac prin) pulsuniile de autoconservare. Alegerea prin sprijin este alegerea celui obiect care, prin analogie cu figurile parentale, asigură hrană, protecție, securitate.

În general, alegerea obiectului, în accepțiunea lui FREUD, vizează fie alegerea unei anumite persoane (de exemplu, alegerea obiectuală după modelul patern), fie alegerea unui tip de obiect (de exemplu, alegerea „obiectului homosexual”). Alegerea nevrozei se definește ca „ansamblu de procese prin care un subiect se angajează într-un anumit tip de psihonevroză și nu în altul” (J. LAPLANCHE, PONTALIS).

Ca metode de alegere se pot distinge:

- metoda spontană: alegerea/preferința spontană între doi stimuli sau situații asemănătoare (metodă de laborator);
- metoda multiplă: alegerea unei situații răspuns din mai multe categorii ordonate ierarhic, mai puțin numeroase decît acelea pe care le-ar putea decela subiectul. De exemplu, în tehnica chestionarului — care se bazează pe asocierea unei serii de răspunsuri (variante alternative) la fiecare item —, subiectul trebuie să

aleagă răspunsul pe care-l consideră bun sau concordant cu felul său de a fi;

- metoda de alegere forțată: metodă de selecție a celor mai înzestrate cadre sub raportul unor parametri fixați anterior corespunzător postului, pe baza aprecierii unor arbitri-judecători și metoda a fost utilizată spre finalul celui de al doilea război mondial, de către armata americană, în selectarea unor cadre, și ulterior extinsă în domeniul industriei și marketingului. O altă variantă a acestui tip de alegere poate fi considerat testul Szondi, în care subiectul optează, din mai multe variante, pentru două cupluri, pe care le situează la cei doi poli: simpatie/antipatie. Alegerea se bazează pe „caracterul evocator” specific al fotografiilor, corespunzător unor trebuințe pulsionale ale subiectului investigat.

SZONDI demonstrează, prin probele de asociație factorială (asociații făcute pe marginea diferitelor fotografii din test), că aceste imagini (figuri ale unor bolnavi psihici aparținînd marilor categorii de maladii pulsionale) au caracter evocator specific, adică se adresează acelor trebuințe pulsionale pe care le reprezintă.

Astfel, imaginile din categoria h (homosexuali) provoacă asociații și reprezentări specifice domeniului homosexualității și fotografiile epilepticilor provoacă asociații care trimit la caracteristici epileptoide etc. Acest lucru ar însemna că fotografiile sînt saturate de factori pulsionali specifici, deci ele stimulează trebuințe pulsionale specifice, atracția și respingerea fiind în raport cu aceste trebuințe → SZONDI^(*) test.

În fiziologie, noțiunea este utilizată în două sensuri:

- reacție de alegere: tip de reacție experimentală, întilnită frecvent în studiul de laborator al învățării prin condiționare, constînd în maniera deosebită de reacție la doi sau mai mulți stimuli de modalitate senzorială identică sau diferită. Noțiunea a fost introdusă de EXNER în 1868, care a stabilit și timpul de latență stimul/reacție;
- alegerea căii: desemnează procesul de conducere a excitației de la un neuron la altul. Pentru a-și croi drum, energia nervoasă trebuie să învingă rezistențele întilnite, deci să găsească căile de rezistență minimă. Noțiunea se leagă de fenomenul reducerii rezistențelor, exprîmind alegerea căii preferențiale pentru conducerea excitației.

439. **ALEKSANDROVSKI** — scală ● Folosită în aprecierea valorii efectului tranchilizantelor în patologia psihiatrică de graniță. Concepută în 1970, scala permite o analiză polivectorială, favorizând elaborarea unui indice global de valoare a medicamentului. Simptomatologia clinică aflată la baza construirii scalei cuprinde excitabilitatea, instabilitatea, epuizarea, tulburări de tip astenic, idei cu caracter hipocondriac, tulburări vegetative, tulburări paroxistice, tulburări hipnice, modificări de tonus muscular.

440. **ALERGIE** (cf. gr. *allos* „altul” ; *ergon* „acțiune, lucru”) — sin. **ATOPIE** ● Termen introdus în 1906 de **PIRQUET**, desemnând reactivitatea modificată a organismului la un contact cu un agent (alergen) față de care s-a produs anterior o sensibilizare. Procesul are la bază mecanisme imunologice. Starea de alergie presupune un fond de reactivitate modificată, pe care se poate produce reacția alergică, ceea ce face necesară distincția între starea de alergie (potențială) și reacția alergică. Deși, implicarea mecanismului imunologic este considerată de majoritatea autorilor ca obligatorie pentru definirea alergiei, se descriu și manifestări alergice care apar la acțiunea frigului, căldurii, presiunii, ca și în condiții de stres, ori în emoții puternice sau la indivizi ce prezintă un tip de alterare a reactivității, fără implicarea unui mecanism imun (patergie — după **URBACH** și colaboratorii), după cum există și reacții alergice la un alergen simbolic, imagistic. După unele opinii, ele se datorează intervenției acetilcolinei și probabil și a histaminei.

Aplicabilitatea noțiunii de alergie în psihiatrie a suscitat multe discuții. Este clară apariția reacțiilor alergice în cazurile de encefalite infecțioase, în care se produce modificarea reactivității organismului prin mecanism imunologic. În asemenea cazuri au fost descrise crize de delir acut. **HYVERT**, **BARUK**, **AUBIN** au subliniat relația dintre fazele alergice ale tuberculozei latente și unele manifestări nevrotice sau psihice. Foarte seducătoare s-a dovedit a fi ipoteza acțiunii alergizante a unor șocuri emoționale violente sau a situațiilor conflictuale prelungite, cu posibilitatea de apariție ulterioară a reacției alergice la stresuri de mai mică importanță. **LEPINE** a descris printre primii această sensibilizare și „anafilaxie motivă”, la marii șocați din primul război mondial. **PASCAL** și **DESCHAMPS** au dezvoltat noțiunea de teren tarat din punct de vedere moral și psihic. **Franz ALEXANDER** (1941) a găsit la adulții alergici, folosind cura

analitică, o fragilitate afectivă marcată, generată de traumatismele afective din prima copilărie. S-a mers până la a considera posibilă intervenția alergiei în accesele maniaco-depresive. Considerăm ca nefondată extensia abuzivă a unor asemenea interpretări, care se îndepărtează de la modul în care este concepută la ora actuală noțiunea de alergie. Reluând studiul traumatizațiilor de război, **ABELY** a arătat că este vorba mai degrabă de o „hiperestezie afectivă” dobândită și de o „saturație motivă”, care îl face pe subiect să explodeze la cel mai mic stimul iritativ. În sfârșit, trebuie avută în vedere posibilitatea unei reactivități particulare a sistemului nervos central în cazul unor manifestări „alergice” fără implicarea mecanismului imun, posibil prin intervenția acetilcolinei, histaminei.

Alergia medicamentoasă survine la administrarea unei substanțe medicamentoase (alergen declanșator) cu care organismul a mai venit în contact, sau a unei substanțe conținând anumite grupări chimice identice cu ale alergenului. În general, toate tipurile de medicamente psihotrope pot declanșa reacții alergice. Astfel, neurolepticele, antidepressivile pot da uneori erupții maculo-papulare, rush-uri morbiliforme, urticarie, edem angioneurotic, purpură netrombocitopenică, dermatite de contact. Icterusul colestatic, ce apare uneori după tratamentul neuroleptic, pare a fi tot de natură alergică. De obicei, prin același mecanism apar agranulocitoza, trombocitopenia, eozinofilia, leucocitoza (provocate de triciclice) sau leucopenia (triciclice și **IMAO**). Uneori terapia cu litiu produce reacții cutanate și vasculite. Sedativele și tranchilizantele determină ocazional alergii cutanate diverse, leucopenii, agranulocitoze, trombocitopenii, anemii (chiar anemie aplastică).

441. **ALERGIE PSIHICĂ** ● Stare produsă de contactul subiectului cu un antigen determinant, care se modifică în sensul reacției la un contact ulterior cu același antigen, într-un mod diferit și cu o intensitate mai mare. În psihologie, termenul este utilizat de **BENO** pentru a descrie o stare de sensibilizare psihică datorată intervenției unui factor psihotraumatic pe un teren predispozant, stabilindu-se astfel o analogie cu fenomenul de alergie biologică.

442. **ALERTĂ** (fr. *allerte* „alarmă”) ● Stare de veghe ce caracterizează așteptarea „armată”, constind dintr-un ansamblu de procese ce pregătesc o receptivitate crescută și orientată în scopul unei declanșări prompte a răspunsului (verbal, motor). Reprezintă o formă de adap-

tare a întregului regn animal, fiind o stare psihofiziologică de activism nespecific al organismului, datorită căreia se semnaleză anticipator o expectanță, exigență, trebuință, pericol real sau probabil (sau imaginar, ca în patologia psihică). Alerta declanșează mobilizarea și orientarea mecanismelor de apărare (de exemplu, creșterea acuității senzoriale, a permeabilității informaționale) și facilitează (sau susține) declanșarea răspunsului, reacției comportamentale. La animalele alerta declanșează orientarea față de agresor sau victimă, creșterea acuității senzitive (pînda este un astfel de exemplu). La om alerta este starea de vigilență în care persoana se orientează temporar și conștient spre o anumită direcție, pregătindu-se pentru a acționa eficient (deci adaptat). În acțiune intră fie mecanismele de ordin afectiv, fie mecanismele de ordin intelectual, fie ambele. Menținerea acestei stări, pentru un interval de timp prea îndelungat, determină însă epuizarea energiei și deformează reacția de răspuns. În funcție de natura mecanismelor declanșate (afective și/sau intelectuale), precum și în funcție de trăsăturile psihologice ale personalității se disting stări de alertă diferite, atât ca intensitate cât și ca modalitate de exprimare: reacții de alertă primare (instinctuale) și secundare, normale și morbide, inhibate și manifeste. În psihopatologie, sensul și formele de manifestare a stării de alertă se reflectă în „anxietatea de așteptare” a nevroticului, în raptusurile anxioase și delirante din psihozele afective și din schizofrenie, soldate cu acțiuni auto- și heteroagresive.

443. **ALESTEZIE** (cf. gr. *allos* „altul” și *aisthesis* „simțire”) — sin. **ALCESTEZIE** și **ALOESTEZIE** ● Fenomen prin care stimularea unui punct cutanat aflat la nivelul unui hemicorp duce la apariția unei senzații localizate în partea opusă. De obicei, punctul în care senzația se localizează este simetric cu cel stimulat. Un caz particular al acestui fenomen îl reprezintă **ALODINIA**, în care stimularea unei miini este însoțită de apariția senzației la cealaltă mîna. Acest fenomen își află determinarea în modalitățile de proiecție ale căilor senzoriale și în mecanismele de integrare centrale a informației senzoriale.

444. **ALEXANDER Franz** (1891 — 1964) ● Psihanalist german de prestigiu și pionier al medicinei psihosomatice. Își definitivează studiile medicale la Göttingen, apoi în 1919 la Berlin, la Institutul de formare psihanalitică, unde publică, doi ani mai târziu, împreună cu H. SACHS, studiul „Analiza personalității

totale”, apreciat de FREUD în mod deosebit. Din 1923 se stabilește în S.U.A., pentru ca, în 1932, să înființeze la Chicago un institut de psihanaliză — structurată foarte asemănător cu cel berlinez —, pe care-l va conduce timp de 25 ani. Preocupat mai mult de situațiile conflictuale ale vârstei adulte decît de cele infantile, a adoptat în timpul curei o atitudine activă, încurajatoare, care i-a permis scurtarea duratei terapiei. Numele său este legat nu numai de psihanaliză, ci și de psihosomatică, al cărei promotor este. Dintre lucrările sale amintim: „Criminalul, judecătorul și publicul” (1939), „Principii de psihanaliză”, în care propune o îmbunătățire a tehnicii analitice în sensul supleții și adaptării ei individuale, „Virsta noastră de derealizare” (1942) și „Spiritul occidental în mișcare” (1960), care se referă la condiția transculturală a personalității. Din 1956, pînă la moarte, conduce departamentul de Psihiatrie și Psihanaliză al spitalului Mount-Sinai din Los Angeles.

445. **ALEXANDER Gerda** — metodă → **REEDUCARE PSIHOTONICĂ**

446. **ALEXANDER** — scală ● Baterie de inteligență factorială, elaborată de W. P. ALEXANDER, în 1935, și cunoscută sub numele de scala de performanță Alexander. (ALEX) și este utilizată atât în orientarea școlară și profesională a tinerilor (care au depășit vîrsta de 11 ani) dezvoltată normal, cât și a celor handicapați (surdo-muți, debili mental). BRODY a aplicat-o în psihiatrie pentru evaluarea deteriorării mintale. După R. B. CATTEL, scala Alexander reprezintă una dintre cele mai bune probe de performanță utilizate la ora actuală, datorită faptului că nu este dependentă de dexteritatea manuală și de experiența anterioară a subiecților testați, avînd și o bună corelație cu alte teste de inteligență și de adaptabilitate socială.

Bateria include trei teste, dintre care două teste clasice restandardizate (cuburile Kohs) și unul original — o probă de răbdare — denumit Passalong. Acesta din urmă constă din nouă probleme de dificultate crescîndă, cerînd realizarea unor configurații cu ajutorul unor plăcuțe colorate care trebuie deplasate prin alunecare pe un platou prevăzut cu spații goale. Sistemul de cotare vizează timpul și corectitudinea execuțiilor, precum și succesivitatea etapelor rezolutive.

447. **ALEXIE** (cf. gr. *α* și *lexis* „cuvînt”) ● Tulburare neurologică, delimitînd incapacitatea de înțelegere a mesajului scris, însoțită

cel mai adesea și de incapacitatea de a scrie. Primele observații asupra acestei tulburări îi aparțin lui GENDRING (1838), iar la sfârșitul secolului trecut, CHARCOT (1887) descrie primul caz tipic de alexie (termenul a fost introdus în 1882). DÉJERINE o va considera ca o afazie specializată, iar P. MARIE — doar o agnozie specializată, istoria dându-i desigur dreptate celui dintâi.

După HECAEN, cea mai potrivită clasificare anatomoclinică a alexiilor ar fi cea tripartită :

- alexii de însoțire a afaziilor senzoriale (din leziunea temporală posterioară) ;
- alexie agrafie (din leziunile pliului curb) ;
- alexie pură sau alexie agnozică (din leziunile corpului calos sau occipitale).

În alexia însoțită de agrafie (din leziunile parietale), subiectul pierde capacitatea de a avea o „strategie perceptivă” (HASLERUD și CLARK). Se poate afirma că această alexie se manifestă la nivelul cuvântului și nu al literelor. Ea diferă astfel de alexia pură, în care se pierde, după GOLDSTEIN și CONRAD, „structura formelor”, deși bolnavul nu prezintă tulburări de limbaj, de strategie perceptivă a lecturii, de integritate a scrisului.

În cadrul alexiei pure pot fi delimitate (după HECAEN, AJURIAGUERRA, DUBOIS KAMMERER) :

- *alexia globală* — este caracterizată prin imposibilitatea citirii literelor sau cuvintelor, cu păstrarea capacității de citire a numerelor și cifrelor. Sub dictare, bolnavul poate scrie, fără să-și poată controla însă „producțiile” ;
- *alexia literală* — este caracterizată prin identificarea defectuoasă a unor litere (extrem de rar identificarea este complet abolită). Paralexia este frecventă în această tulburare, mai ales în cazul în care alexia literală se referă la litere finale (se realizează așa-numitele paralexii în sferă semantică, descrise de BERINGER și STEIN). Înțelegerea numerelor și cifrelor poate fi, de asemenea, modificată (mai ales în ceea ce privește numerele de mai multe cifre). Scrierea după dictare se face cu greșeli. Se poate asocia cu alte tulburări ale imaginii și culorii ;
- *alexia verbală* — se caracterizează prin păstrarea capacității subiectului de a recunoaște cu precizie literele (în totalitate sau măcar parțial), atunci când sînt în poziție normală (mult mai greu dacă sînt inversate sau înclinate), ca și a celei de a citi cuvintele. Subiectului îi este însă imposibil să citească un text. Nu-

merele mai mari de trei cifre sînt, de asemenea, citite sau scrise cu dificultate ;

- *alexia frazei* este caracterizată prin incapacitatea subiectului de a citi litere și cuvinte, dar prin incapacitatea sa de a le integra într-un text.

Termenul de alexie mai este folosit pentru a denumi o dislexie, așa-numită alexie congenitală — incapacitatea aptitudinală a unor subiecți cu intelect normal de a deprinde cititul.

De asemenea, se mai vorbește despre o pseudo-alexie, în cazul unor subiecți care, înțelegînd sensul unui text citit, nu pot să-l reproducă verbal. Ambii termeni sînt însă diferiți de sfera alexiei propriu-zise.

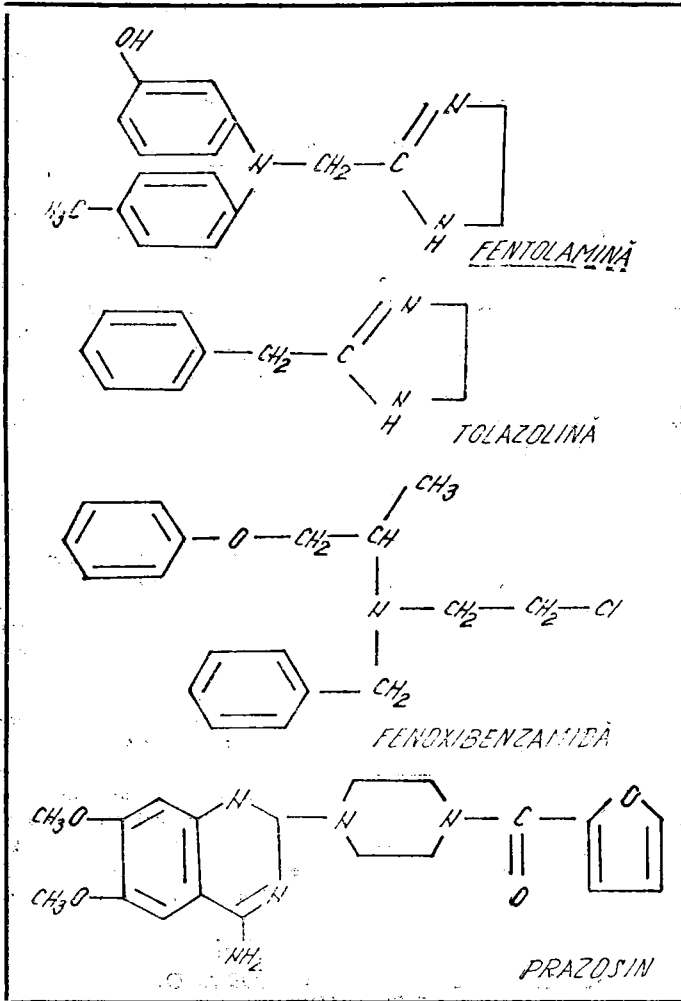
448. **ALEXITIMIE** (cf. gr. *a-* ; *lexis* „cuvînt” ; *thymos* „spirit”) ● Elaborat în 1972 de SIFNEOS, termenul semnifică dificultatea de relatare și de descriere a propriilor emoții. Alexitimia trădează, după TAYLOR, lipsa unei verbalizări legate de afectivitate, ca și a suportului imaginativ necesar acestei acțiuni. Inițial, alexitimia a fost descrisă în bolile psihosomatiche, crezîndu-se că bolnavul psihosomatic nu-și poate exprima trăirile decît în limbaj somatic (RUESCH), iar Mac LEAN va vorbi chiar de un „limbaj al organelor”, dar aceste ipoteze nu au fost verificate. SWEET și FRIEDMANN găsesc „analfabeți emoțional” și în numeroase alte afecțiuni. Această observație a coincis cu cea oferită de terapeuții psihanalisti, care au raportat insuccese la subiecții alexitimici. În 1976 (la Congresul de Psihosomatică de la Heidelberg,) se stabilesc următoarele caracteristici ale alexitimiei :

- reprezintă o tulburare psihică specifică, manifestată în sfera comunicării ;
- exprimă lipsa gîndirii simbolice și anticipative ;
- gîndirea, în aceste cazuri, are caracter operativ (MARTY, M'UZAN), utilitar, se referă strict la evenimentele externe ;
- imaginația este redusă ;
- visele au un conținut cu caracter primar ;
- dificultățile în descrierea verbală sînt evidente în stările emoționale legate de senzațiile corporale ;
- există o pseudonormalitate adaptativă (Mc. DOUGALL) ;
- se remarcă hipomimie și hipoexpresivitate facială ;
- capacitate empatică redusă.

Sindromul alexitimic se poate întîlni în : tulburări psihice somatoforme, durerea psihogenă, toxicomanii, reacții posttraumatice, depresii mascate, dizarmonie de tip narcisic (LANGS, SMITH, WEINER) FREYBERGER descrie o alexitimie primară și una secundară,

susținând că în alexitimia secundară este vorba de persoane care-și modifică stilul comunicativ. Ipotezele etiologice se referă la ereditate, stil cognitiv, învățare socială. Evaluarea alexitimiei se realizează prin teste specifice proiective, analiza probelor de vorbire sau chestio-

educaționale, ca și unele terapii de grup. În tulburările psihosomatice ale procesului alexitimic, se recomandă tranchilizante majore, în doze mici (FLANNERY) și antidepresive (BLUMER), iar ca psihoterapie biofeed-back-ul și terapiile de relaxare.



Structura chimică a alfa blocantelor

nare. Alexitimia complică bolile organice prin prelungirea spitalizării lor și sporește dificultățile recomandării unei medicații eficiente. Din punct de vedere psihoterapeutic, se notează răspunsul bun la terapiile suportive și

449. ALFA BLOCANTE (α B) ● Substanțe ale căror acțiuni farmacologice se realizează prin blocarea receptorilor α adrenergici. Utilizarea lor este însă limitată de alte acțiuni farmacologice, care nu se datoresc antagonismului α receptorilor (KATZUNG).

● **Haloalchilaminele** sînt un grup de substanțe α -blocante, al căror reprezentant principal este fenoxibenzamina. Mecanismul de acțiune este reprezentat de antagonismul ireversibil pentru α adrenoreceptor, ceea ce explică durata mult mai mare de acțiune, comparativ cu alte substanțe α blocante. Fenoxibenzamina antagonizează efectele mediate de α receptori, avînd o afinitate mai mare pentru α_1 receptori. Antagonismul se realizează atît asupra efectelor produse de stimularea nervilor simpatici, cit și asupra celor produse de substanțe simpatomimetice.

Dintre efectele cardiovasculare sînt de menționat: hipotensiunea arterială ortostatică, creșterea frecvenței cardiace, a forței contractile miocardice și deci a debitului cardiac. Alte efecte secundare determinate de blocajul α receptorilor sînt sedarea și somnolența. Substanța are puține implicații psihiatrice, fiind utilizată mai ales în diagnosticul și terapia preoperatorie a feocromocitomului, în terapia unor insuficiențe circulatorii acute, precum și în bolile vasculospastice periferice.

● **Derivații de imidazolină** acționează determinînd un antagonism reversibil față de catecolamine, fără selectivitate pentru α_1 sau α_2 receptori. Prin acțiunea lor, are loc creșterea concentrației de noradrenalină, ceea ce explică efectele simpatomimetice produse de acest grup de substanțe. Se enumeră (KATZUNG), în afara efectelor simpatomimetice, și efecte colinomimetice, histaminice. Efectele farmacologice determinate de aceste substanțe au, de asemenea, puține implicații psihiatrice; ele manifestîndu-se mai ales la nivel cardiovascular, digestiv și secretor glandular. Utilizarea clinică este deci limitată la terapia hipertensiunii produsă de tumori catecolaminosecretante, precum și în terapia unor boli vasculare periferice.

● **Alcaloizii de secară cornută** sînt reprezentați de un complex de substanțe (derivați de acid lisergic în amestec cu acetilcolină, histamină, tiramină). S-au evidențiat clinic și armacologic: ergotamina (utilizată în terapia

unor forme de migrenă), ergotoxina (utilizată, sub formă de DH-Ergotoxină, în terapia arteriosclerozei cerebrale), precum și ergonovina cu efecte ocitocice.

Ergotoxina este utilizată preferențial în terapia unor tulburări neuropsihice ale vîrstnicilor, tulburări a căror etiologie este legată de debitul sanguin cerebral redus datorită procesului arteriosclerotic.

Ergotamina este utilizată în „aura” crizei migrenoase, etiologia acestei crize fiind legată de o presupusă vasodilatație cerebrală, față de care efectul vasoconstrictor al ergotaminei pare a avea eficiență.

● **Metisergidul** — antagonist sintetic de 5-hidroxitriptamină — a fost utilizat în terapia profilactică a migrenei, datorită efectului vasoconstrictor, iar α bromocriptina — agonist sintetic de receptori dopaminergici — a fost utilizată în terapia parkinsonismului.

● **lohimbina** are o activitate intensă α -blocantă la nivelul sistemului nervos central și este folosită, în prezent, în terapia tulburărilor de dinamică sexuală. Fiind selectiv α_2 blocantă, a mai fost utilizată în identificarea α receptorilor presinaptici, precum și în clasificarea farmacologică a α receptorilor.

450. ALFA RECEPTORI (αR) ● Conceptul de alfa și beta-receptori a fost introdus de AHLQUIST, plecînd de la diferențele observate între efectele biologice ale adrenalinei (A) și noradrenalinei (NA). Deși, de regulă, răspunsul diverselor organe la A și NA este de același sens, raportul doză-răspuns fiind diferit pentru cele două substanțe. Acest raport doză-răspuns este variabil în funcție de :

- raportul și densitatea receptorilor alfa și, respectiv, beta-adrenergici într-un anume țesut ;
- acțiunea diferită a NA (acționează predominant asupra alfa-receptorilor) și a A (acționează stimulînd atît alfa- cit și beta-receptorii) ;
- efectele contrare ale stimulării celor două tipuri de receptori.

Tabel nr. VIII

SELECTIVITATEA RELATIVĂ A UNOR AGONIȘTI DE RECEPTORI α

Substanța	Receptor
Fenilefrină	α_1 -selective
Metoxamină	
Adrenalină	$\alpha_1 \sim \alpha_2$
Noradrenalină	
Clonidină	α_2 -selective
α -metilnoradrenalină	

Diferențierea tipurilor de receptori a fost posibilă prin utilizarea de blocante și antagoniști, care au permis clasificarea receptorilor alfa în două tipuri: α_1 și α_2 . Cercetările farmacologice au permis localizarea celor două tipuri de alfa-receptori astfel: α_1 receptorii predomină la nivel postsinaptic (fibre musculare netede și celule secretoare) și α_2 receptorii sunt localizați pre- și postsinaptic, fiind probabil implicați în medierea retrocontrolului eliberării presinaptice de NA și, probabil, acetilcolină. Postsinaptic, au fost identificați la nivelul cortexului cerebral, sugerindu-se (KATZUNG) că, de fapt, la nivelul sistemului nervos central, receptorii α_1 și α_2 reprezintă un tip unic, cu două forme funcționale — agonistă și antagonistă, în funcție de localizare și de neuromediatorul care își exercită acțiunea.

451. ALFA (α) — ritm EEG ● Unul dintre ritmurile principale (α , β , θ , Δ) ale activității bioelectrice a creierului, format din oscilații continue, diferențiate prin frecvență, amplitudine, morfologie, localizare, proporție în traseu, mod de răspuns la stimuli. Frecvență: 8—13 c/s, cu variații mici ± 1 c/s. Amplitu-

dine: 10—100 μ V. Morfologie: sinusoidal în fusuri, simetric, sincron bilateral. Localizare: occipitală (dar cu posibilități de migrare anterioară). Proporția în traseu: 20—90% (ritm dominant). Stimulare: desincronizare. Ritmul α apare în jurul vârstei de 10 ani, pare a fi legat de capacitatea de integrare corticală a răspunsului la stimuli vizuali (LINDSLEY, 1974) și este prezent atît în stare de veghe, cit și în relaxare fizică sau psihică și poate fi amplificat de stimularea luminoasă intermitentă, închiderea ochilor, urmărirea de către subiect a ritmului α înregistrat ducînd atît la creșterea amplitudinii, cit și a procentajului în traseu (E. CRIGEL). Este atenuat/blocat de stimuli luminoși continui, deschiderea ochilor, atenție, activitate psihică evidentă.

Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecțiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului α :

- ritm α rapid (12—13 c/s): anxietate marcată, nevroze, manii
- ritm α lent (8 c/s): imaturitate, personalități dizarmonice, etilism cronic, arterioscleroză cerebrală

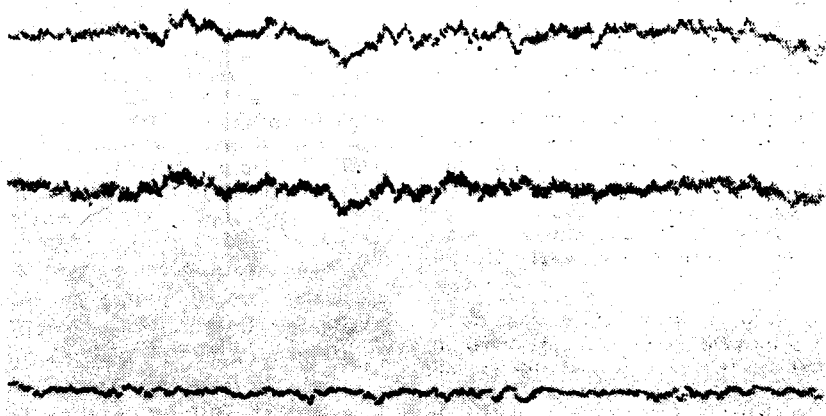
Tabel nr. VIII bis

DISTRIBUȚIA RECEPTORILOR α -ADRENERGICI

Receptor	Țesut	Acțiune
α_1	Majoritatea mușchilor neted vascular Mușchiul dilatator pupilar Mușchiul neted piloerector	Contractie Contractie cu dilatarea pupilei Piloerecție
α_2	Receptori adrenergici postsinaptici în SNC Trombocite Terminații nervoase adrenergice și colinergice Unii mușchi netezi vasculari Lipocite	Acțiuni multiple Agregare Inhibă eliberarea neuromediatorului Contractie Inhibă lipoliza

- ritm α ascuțit : personalități excitabile, agresivi, hiperkinetici ;
- ritm α cu amplitudine redusă (20—70 μ V) : cerebrastene, arterioscleroză cerebrală, stări depresive, hipocalcemie ;

Testul a fost elaborat și utilizat în primul război mondial de către armata americană, în vederea selecționării recruților (pentru orientarea acestora spre armele cele mai adecvate posibilităților lor), complementar cu



Fragment de înregistrare EEG

- ritm α migrat în derivații anterioare : afecțiuni vasculare, psihoză maniaco-depresivă.

Variantele ritmului α (ritmuri secundare) :

- ritm α variant — descris de PITOT și GASTAUT (1956) ; frecvență 4 c/s, localizare occipitală, fără semnificație pînă la 15—16 ani, dispăre la oboseală și somn ; are semnificație patologică în traumatismele craniene ;
- ritm μ — descris de GASTAUT (1952) sub denumirea de ritm în arc („rythme en arceau“) ; frecvență 7—10 c/s, amplitudine 40—50 μ V, localizare EEG centrală și anterioară. Este prezent și la subiecții normali, precum și în tulburări de comportament, disfuncții endocrine și vegetative, hipertensiune arterială, nevroze anxioase ;
- ritm k — descris inițial sub denumirea de α mic ; frecvență 7—9 c/s, amplitudine 30—40 μ V, localizare anterioară, apare în somn ; nu i s-a atribuit încă o semnificație patologică.

452. ALFA^(T) test ● Cunoscut și sub denumirea de „American Army Test Alpha“, reprezintă o baterie de inteligență generală, alcătuită din itemi verbali, care poate fi aplicată colectiv (și individual) la adolescenți și adulți cu o școlarizare medie.

bateria (testul) beta, structurată pe itemi de performanță, utilizată în cazul candidaților neșcolarizați.

Prezentind o corelație foarte ridicată cu testul Binet-Stanford, testul alfa cuprinde opt subteste, fiecare dintre acestea referindu-se la un anumit aspect al inteligenței : atenție, memorie, spirit de observație, rapiditatea calculului mental, tipuri de raționament, flexibilitate mentală etc.

453. ALFAZICAL^(M) Grecia — DCI *Propranolol* ● Betablocant cu acțiune anxiolitică → *PROPRANOLOL*^(M) România.

454. ALGEZIE (cf. gr. *algēsis* „suferință, durere“) ● Termen introdus pentru a desemna capacitatea de a percepe durerea — este opusul analgeziei. Senzația este percepută de algoreceptori (dolororeceptori) și transmisă pe cale spino-talamică, iar evaluarea „pragului de durere“ și a variației lui, în funcție de intensitatea stimulării, se realizează cu ajutorul algezimetrelor. Este încă insuficient explicat motivul toleranței la durere, diferit a femeilor față de bărbați, care sînt mai sensibili în această privință.

455. ALGHEDONIC (cf. gr. *algos* „durere“ și *hedone* „plăcere“) ● Atribut al trăirilor origi-

nare în experiențe masochiste, resimțite subiectiv ca „dureri plăcute” → PERVERSIUNI SEXUALE. Trăirile alghedonice pot fi înțelinite și în cadrul psihozelor maniaco-depresive, fie ca o pedeapsă pentru o vinovăție imaginară sau reală (dar minoră și inocentă) în cazul unui acces depresiv, fie ca o căutare a plăcerii sin.

În durere → ALGOMANIE, în cazul unui acces maniaco-depresiv. Alghedonia este diferită de ALGOLAGNIE.

456. ALGIE (cf. gr. *algos*) → ALGEZIE ; DURERE.

457. ALGII DIFUZANTE POSTTRAUMATICE — sin. BARRÉ^(S) sindrom ; EXTENSO-PROGRESIV^(S) sindrom ; NEVRITA ASCENDENTĂ FICARD ; NEVRITA IRADIANȚĂ sin. GUILLANIN → LERICHE^(S) sindrom.

458. ALGO- (cf. gr. *algos*) ● Se utilizează ca element de compunere savantă, cu semnificația de „(referitor la) durere”, „dureros”.

459. ALGOCALMIN^(M) România — DCI *Noramidopyriazinum metasulfonicum natricum* ● Acțiune analgezică, de două ori mai puternică decât cea a aminofenazonei, antipiretică, anti-inflamatorie, antispastică. Contraindicat în leucopenie, granulocitopenie, la copiii sub trei ani. Produși farmaceutici similari :
ALGOPIRIN^(M) Ungaria
ANALGIN^(M) Bulgaria
METAPYRIN^(M) R.D.G.
NOVALGIN^(M) R.F.G.

460. ALGOFILIE (cf. gr. *algos* ; *philos* „prieten”) → MASOCHISM.

461. ALGOFOBIE^(F) (cf. gr. *algos* ; *phobos* „frică”) ● Frică excesivă de o durere în mod obișnuit tolerabilă (deși neplăcută), în lipsa unei experiențe anterioare majore (naștere, traumatism, strivire, ratarea anesteziei). Nu trebuie confundată cu teama motivată și normală de durere. Este mai frecventă la personalități dizarmonice și în nevroze, fără să aibă o semnificație patologică deosebită.

462. ALGOHALUCINAȚII^(M) — halucinații (cf. gr. *algos* ; lat. *hallucinatio*) ● Halucinații tactile sau somestezice, pe care bolnavul le acuză ca dureroase. Caracterul halucinator este greu de demonstrat, atât timp cât durerea rămâne un fenomen strict subiectiv. O serie de cene-stopatii pot fi considerate ca îndeplinind condițiile pentru a intra în această grupă de tulburări.

463. ALGOHALUCINOZĂ (cf. gr. *algos* ; lat. *hallucinatio*) ● Tulburare de percepție făcând parte din corolarul simptomatologic al sindromului de „membru fantomă” (apărut la subiecți adulți care, după amputarea unui membru, continuă să-l „simtă”, pentru o perioadă variabilă de timp, datorită persistenței la nivelul scoarței a schemei corporale întregi). Alghalucinoza a fost descrisă de Von BOGAERT (al cărui nume îl și poartă) și constă în resimțirea unor senzații neplăcute, dureroase, la nivelul membrului fantomă. Este o halucinoză și nu o halucinație, pentru că bolnavul păstrează critica fenomenului.

464. ALGOLAGNIE (cf. gr. *algos* ; *lagnēia* „raport intim, desfrui”) ● Termen introdus de SCHRENCK-NOTZING (1899), pentru a desemna acele perversiuni sexuale care sînt legate de existența unei componente dureroase. El dorește să completeze termenul de ALGOFILIE SEXUALĂ, introdus de FÈRÈ, pe care îl consideră echivalent al sadismului (alghagnia activă), dînd înțelesul de alghagnie pasivă mașochismului. EULENBURG a insistat foarte de timpuriu (1895) asupra unității dintre cele două fenomene. HAVELOCK-ELLIS, în lucrarea sa „impulsivitatea sexuală”, a dedicat un capitol întreg relației dragoste-durere, ajungînd la concluzia că durerea are un anumit „simbolism erotic” și că, pînă la anumite niveluri, poate însoți viața sexuală normală, acționînd în unele circumstanțe (influențate și de parametri etnologici) ca un stimulent sexual, „fiind cea mai puternică dintre toate metodele de trezire a emoției”.

465. ALGONEVROZĂ (cf. gr. *algos* ; *neuron* „nerv”) ● Simptomatologie nevrotică de-clanșată și întreținută de o durere fizică. Această durere constituie punctul central în jurul căruia se constituie eșafodajul nevrotic. Apariția algonevrozei este favorizată de existența unei hiperalgotimii. Termenul apare la sfîrșitul secolului al XIX-lea, în epoca în care se încerca localizarea nevrczei. Nu este utilizat și nu are acoperire în nici una dintre clasificările psihiatrice moderne, de altfel ar putea fi asimilat mai mult cu o durere sîcitoare decît cu o nevroză în adevăratul sens al cuvîntului.

466. ALGORITM (de la numele medicului matematician arab AL KHAREZMI, care a trăit în secolul VIII—IX e.n.) ● Termen preluat din matematică, unde defirește un ansamblu de condiții și de reguli (instrucțiuni) care slujesc la rezolvarea scontată a unei probleme (soluții, rezultat), prin aplicarea lor

la datele de care dispunem, folosind un număr finit de operații. Este de fapt o „metodă de calcul”, utilă în cazul oricărui calcul matematic sau al oricărei construcții logice. În pofida definiției sale aparent complicate, algoritmul este o noțiune simplă, bine cunoscută (vezi, de exemplu, adunarea, scăderea, înmulțirea etc.). În lucrarea sa „Teoria algoritmilor normali”, A. MARKOV definește algoritmul prin următoarele proprietăți: operațiile dintr-un proces de calcul sînt „distincte” și operațiile conduc la obținerea unor relații de determinare univocă între rezultate și datele anterioare; aplicarea algoritmului ca metodă la o infinitate de probleme particulare și operațiile ce conduc la rezolvarea problemei trebuie să fie aplicate într-un număr finit; definirea exclusivă a unei „corelații formale” și nu a conținutului datelor; trecerea la următoarele etape de calcul se face „mecanic”, adică scriere, ștergere de simboluri etc.; datele, rezultatele și regulile trebuie să fie precise; posibilitatea implementării pe sisteme de calcul.

Clasificarea algoritmilor se realizează după mai multe criterii:

- funcțional (de clasificare, de transformare, de explorare și căutare, de asamblare, de dezmembrare și diviziune);
- de identificare sau de recunoaștere (LANDA);
- algoritmi de redactare — de lucru și de control (ȘCHIOPU);
- grad de complexitate (simpli, lineari, complecși);
- structural (detaliați sau exhaustivi și vagi).

Algoritmii sînt elementele cele mai simple ale construcției logice, calitatea, cantitatea, variabilitatea și rapiditatea cu care sînt manipulați nefiind decît primii pași în drumul lung al proceselor de gîndire.

467. ALGORITMIZARE ● Modelare a oricărui proces sau fenomen, conform unui program riguros de procedee și prescripții succesive. Algoritmizarea a devenit extrem de larg răspîndită în contextul informatizării societății, fenomen generat de cea de a treia revoluție industrială, care a dus la introducerea masivă a calculatorului în toate domeniile activității umane. Teoretic, orice fenomen natural sau artificial, biologic, mecanic, psihologic, social poate fi exprimat printr-un algoritm, deci modelat pe calculator. Fenomene relativ simple (de exemplu, procesele tehnologice din diverse ramuri industriale) au putut fi algoritmizate integral (există deja adevărate

uzine robotizate), dar cu cît complexitatea fenomenelor și profunzimea analizei lor crește, cu atît crește și complexitatea algoritmilor realizați.

În procesul instructiv-educativ, algoritmizarea activității didactice, de predare-învățare, facilitează formarea rapidă de deprinderi de lucru ce vor fi antrenate ulterior în activități rezolutiv-cognitive mai complexe și mai laborioase.

În domeniul medical, sistemele-expert construite în vederea precizării diagnosticului și tratamentului unor afecțiuni infecto-contagioase (de exemplu, „MYCIN” — S.U.A.) constituie un model de algoritmizare, care încearcă să se apropie de complexitatea clinică oferită de exemplele paraclinice și de antibioterapia diferențiată a acestei patologii. Însăși interpretarea structurii personalității normale și patologice prin intermediul testelor psihologice presupune, de fapt, realizarea unor algoritmi (cu rezultate din păcate destul de modeste, comparativ cu copleșitoarea complexitate a psihismului uman). Îmbogățirea metodelor de diagnostic în psihiatrie cu ajutorul calculatorului oferă, în același timp, posibilitatea unei prelucrări rapide a unui volum imens de date, prin conceperea de algoritmi complecși, ce ne vor aduce mai aproape întimitatea specificului uman.

468. ALIBI EXISTENȚIAL (cf. lat. *alibi* „în altă parte” și *existencia* „lucruri existente”) ● Termen preluat din justiție, aplicat personalității normale în actele sale cotidiene și personalității dizarmonice de tip isteric (mitomanul) în formă sa extremă, „grosolană”, constînd din modalitatea comportamentală compensatorie, subterfugiul psihologic prin care individul reușește să ofere o justificare a faptelor, atitudinilor, acțiunilor sale. Conștiința un „lubrifianț” care facilitează persoanei „înșurubarea”, armonizarea, concordanța cu ineditul fiecărei situații la care viața o obligă să facă față, alibiul existențial este prezent, mai mult sau mai puțin disimulat, în viața de fiecare zi, în diferitele ipostaze pe care le reclamă diversitatea și complexitatea vieții sociale. Fiecare individ, atunci cînd este pus de împrejurări în dificultatea de a acționa sau i se solicită schimbarea (chiar ne semnificativă) a statutului sociofamilial sau profesional, încearcă să ofere un alibi existențial — un model, o imagine despre sine pe care o dorește cît mai aproape de cea considerată de el ca fiind cea optimă, cea mai „avantajoasă”, ca „soluție existențială” salvatoare. Formule convenționale, scuze, tăceri, motivații de compelezanță (a căror credibilitate rămîne însă,

perfect posibilă), gesturi substitutive, abordarea unei mimici sau ținute vestimentare presupuse a aduce succesul, sînt numai cîteva exemple ale modului prin care individul, în viața cotidiană, își „retușează” imaginea proprie. Eșecul sau reușita acesteia depind, în mare măsură, de numeroșii parametri ai personalității sale (nivel de inteligență, cultură, caracter, experiență anterioară), conferind alibiului existențial caracterul de finalitate.

Referitor la personalitățile dizarmonice de tip isteric, s-ar putea spune că ele recurg la alibiul existențial în forma sa cea mai „vizibilă”, căpătînd nu rareori caractere caricaturale, grotești. Eludînd obiectivitatea situației în care se află, acești subiecți caută „în altă parte” refugiu în situațiile care îi dezavantajează, în special afectiv, nefiind în stare să elaboreze un răspuns adecvat. Fie în minus (simptome converșive mergînd de la negativismul verbal pînă la stupor), fie în plus (bogate producții senzoriale, motorii, corporale, avînd același mecanism), alibiul existențial își găsește cel mai bine expresia la personalitatea (constituția) mitomanică (→ MITOMANIE), în al cărei discurs este, de obicei, ușor de recunoscut. După cum afirmă NEYRAUT, mitomanul nu urmărește decît valorificarea propriei persoane, prin insistența cu care indică sensul actelor sale, prin frecvența cu care își evidențiază semnificația propriului rol în fiecare eveniment evocat, fie el cît de banal. Deși în toate aceste relatări, contradicțiile sînt iminente și ușor sesizabile, mitomanul (care beneficiază de cele mai multe ori de un bun nivel de inteligență), reușește să le „acopere”. Aceste stratageme pot consta, fie din construcții imaginative luxuriante, fie din pauze; ezitări, chiar omisiunea putînd fi o minciună, un alibi (MINKOVSKI). Desigur, credibilitatea afirmațiilor mitomanului devine uneori greu de pus la îndoială, atunci cînd conjunctura relevă (intimplător) un adevăr autentic și numai finețea observației auditoriului poate întrezări, în eșafodajul atît de sclipitor al fabulației românești, fisurile acestei construcții, ale cărei cărămizi nu se dovedesc a fi decît fragile cărți de joc.

469. ALICE ÎN ȚARA MINUNILOR⁽⁵⁾ sindrom ● Purtînd numele celebrului personaj al matematicianului-povestitor L. CAROLL, sindromul, descris în 1955 de J. TODD, grupează: a) depersonalizare; derealizare (cu pierderea sau distorsiunea reperelor spațio-temporale); iluzii optice; metamorfopsii; dublarea personalității. Se poate întîlni în epilepsie;

psihoză endogenă (schizofrenie, psihoză toxică; tumori cerebrale).

470. ALIENARE (cf. lat. *alienāre* „a înstrăina”) ● Termenul are semnificație juridică (transfer, vânzare a unui bun sau drept), psihologică (nebunie), sociologică (disoluția legăturii între individ și ceilalți), religioasă (disoluția legăturii cu divinitatea). K. MARX definește alienarea ca o stare a individului care, în urma unor condiții exterioare (religioase, economice, politice), nu-și mai este propriul stăpîn, devine obiect și la rîndul său, sclavul obiectelor, îndeosebi al banului. Tema alienării își are originea într-o veche problematică filozofică, evoluția accepțiunilor urmînd un curs sinuos, de la concepte exclusiv teoretice, la altele operaționale (în practica socială — MARX și LUKACS) și informaționale. GEYER găsește conexiuni ale conceptului de alienare cu importanța teoriei sociale, sintetizînd astfel implicațiile diferitelor curente filozofice în problema alienării, într-o viziune antropologică cuprinzătoare (ce include și alienarea psihică).

În accepțiune ontologică, alienarea este inerentă condiției umane. Ea rezultă: din discrepanța ideal-real; din dualismul subiect-obiect (KIERKEGAARD), prin mutilarea stării autentice de „a fi în lume”, determinată de nevoia de adaptare la o lume dată, pe care omul, „aruncat” în ea, încearcă să o transforme — adaptare care generează ambiguitate, clișee de comunicare, medjocritate (HEIDEGGER); din însăși devenirea omului ca persoană, care transgresează astfel spre altul (HEGEL); din discrepanța dintre omul real, autentic și situația lui existențială, ce produce „insecuritate ontologică” și conduce la singurătate absolută, pentru că autenticitatea egoului e pierdută (inautenticitatea) în interacțiunea cu ceilalți sau cu instituțiile sociale (SARTRE, MERLEAU-PONTY, TILLICH); din hiatusul existent între „nevoile bazale umane” (recunoaștere, afecțiune) și răsunetul lor, totdeauna limitat, la nivelul societății, hiatus care e omniprezent și insurmontabil (GOODMAN, ETZIONI); din conflictul dintre autoritatea internalizată (prin procesul socializării copilului) și dorința de a fi liber (Max WEBER). J. J. ROUSSEAU atribuie primul o accepțiune socială alienării, identificînd-o cu contractul social. Pentru el, alienarea este actul prin care fiecare participant la contract își abandonează comunității toate drepturile sale naturale și, „dîndu-se tuturor, nu se dă nimănui”. Analizînd „alienarea religioasă”, FEUERBACH îl precedă pe MARX în lărgirea sensului noțiunii; privită la scara fenomenelor

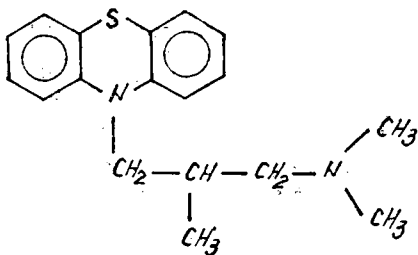
sociale. El vede în divinitate transpoziția esenței ideale a omului, devenită străină de posesorul ei, față de care acesta din urmă devine la rindul său obiect. Dumnezeu este creat de propria sa creație, care îl erijează în subiect absolut. MARX și ENGELS conferă, în „Manuscrisele economico-filozofice de la 1844”, o dimensiune sociologică alienării, situând-o în cadrul raportului individului cu relațiile de producție. Alienarea muncitorului în economia capitalistă nu înseamnă numai că munca sa devine un obiect, o existență exterioară, ci și că munca sa există în afara lui, independent de el, străină de el, ca o formă autonomă opusă lui, că viața pe care a dat-o el obiectului său i se opune, îi este ostilă și străină. Momentul extrem al alienării este reificarea, care constă într-o obiectualizare (termen folosit de HEGEL) a raporturilor sociale dintre oameni (ce iau forma unor raporturi și însușiri ale lucrurilor), relații ce sfârșesc prin a-i domina pe indivizi, în loc să fie dominate de aceștia. O jumătate de secol mai târziu, LUKACS (1923) preia și el conceptul de reificare, caracterizându-l ca o „pietrificare” a raporturilor umane în societatea capitalistă modernă. Alienarea se concretizează în societatea capitalistă (unde capătă cea mai mare amploare) prin: înstrăinarea produsului muncii ca urmare a transformării lui în capital — instrument de înrobire și exploatare a muncitorului —, autoînstrăinarea muncitorului însuși în procesul producției și înstrăinarea vieții indivizilor, în general; însăși munca, atribut esențial al omului, apare nu ca satisfacere a necesității, ci ca un mijloc exterior ființei, ca o condiție de satisfacere doar a unei necesități impuse din afară. Reificarea se reflectă în dereglarea, mistificarea reprezentării despre lume și societate. Relațiile sociale automatizate sau heteronomizate, devenite fenomene independente de individ, sînt percepute de acesta cu teamă superstițioasă. Ele sînt reificate și în planul cunoașterii, în spiritul fetișismului (descriș și analizat de MARX, în „Capitalul”). Preluind teza marxistă, FROMM afirmă că societatea capitalistă alienază individul, privindu-l de realizarea nevoilor fundamentale (nevoia unei activități creatoare, slăbirea relațiilor sociale cu ceilalți, nevoia de a avea o identitate proprie). Alții vorbesc de mecanisme de condiționare și represiune subtile în societățile capitaliste (MARCUSE), de sentimentul absurdității, rezultat din complexitatea sistemelor sociale, cărora individul nu ajunge să le înțeleagă rostul (MANNHEIM). SEEMAN (1959) elaborează un concept modern operațional al alienării,

cu cinci dimensiuni: lipsa de putere, de sens a normelor sociale (generînd sentimentul că, numai prin mijloace ilicite, insul își poate realiza proiectele), izolarea prin pierderea valorilor morale și autoînstrăinarea prin incapacitatea de a găsi resurse proprii de depășire a sentimentului alienării, atîta vreme cît individul este rupt de scopurile și valorile sociale existente. Pentru a explica fenomenele diverse ce se întrepătrund în procesul alienării în lumea contemporană, GEYER (1980) preferă abordarea sistematică, ce permite construirea unor paradigme eficiente pentru raționalizarea unei cercetări sociale, adecvate complexității problemei. În societățile occidentale, alienarea ar fi astfel determinată, în prezent îndeosebi, de reificarea din procesul producției și al stabilirii relațiilor sociale, de opresiunea libidoului de către normele inhibitoare ale civilizației, ca și de opresiunea psihică (boli psihice, în etiopatogenia cărora stresul social constituie un factor important), cauze de alienare care ar întregi tabloul în cinci dimensiuni al alienării, descriș de SEEMAN. Dovadă că alienarea este considerată de multă vreme ca aparținînd domeniului psihismului o constituie și faptul că, pînă în secolul al XIX-lea, ea desemna ansamblul tulburărilor psihice, iar medicii care se ocupau de tratarea bolilor mintale se numeau alieniști. Alienarea psihică ar putea fi și ea explicată prin mecanismul reificării (GABEL, 1960—1962), subiectul pierzînd sensul celui mai elementar produs al existenței sale sociale, relația cu ceilalți. În cazul schizofreniei, în special, se poate vorbi de reificare în cadrul separării auzite. Spaltung-ul transformă lumea într-o percepere fragmentară a unui univers reificat, autonomizat, străin. Alienatul psihic „uită” că cel care a produs lumea a fost el, alături de ceilalți (GEYER); aceasta devine o sumă de obiecte, percepute ca „standard al realității obiective”. Apare „falsa conștiință” (descrișă la fenomenele sociale de MARX și ENGELS), care este depersonalizarea și care constă într-o stare nereală a conștiinței persoanei alienate, incapabilă de a-și judeca critic conținutul psihic și care rezultă din „degradarea calității dialectice a experienței” (GABEL) BERGER și PULBERG consideră „falsa conștiință” ca „reificatoare și reificată”, subliniînd reciprocitatea acestor mecanisme ce presupun implicit „o structură schizofrenică”. În pofida acestor analogii, situația existențială a alienatului psihic e mai dramatică, psihoticului lipsîndu-i acea fraternitate întru alienare a alienaților sociali (PAMFIL, OGODESCU).

Existențialismul și psihanaliza propun mai mult sau mai puțin direct și explicit modele specifice alienării psihice, ca și antipsihiatria, care supradimensionează aspectul sociologic al alienării psihice până la a-l decreta cauză unică a îmbolnăvirii. Caracterul univoc, disproporția flagrantă și simplificarea relației cauză-efect au redus mult (sau anulează, în cazul antipsihiatriei) valoarea obiectiv-științifică a acestor teorii.

471. **ALIENARE SOCIALĂ** ● Teorie privitoare la sociocriminogeneză, prin care JEFFERY realizează o sinteză între sociologia și psihologia asocialului, în încercarea de a caracteriza delinventul. Autorul arată că acesta are o integrare deficientă în societate: neputându-se identifica cu figurile parentale, trăiește într-o permanentă „dèpersonalizare socială”, într-o stare de izolare mentală față de mediu, iar relațiile emoționale sînt inautentice, marginale. După JEFFERY, criminalitatea este mai ridicată în zonele marcate de izolare socială, anonimă și dèpersonalizare. Autorul distinge următoarele tipuri de alienare: individuală, de grup și legală.

472. **ALIENIST** ● Pînă la impunerea termenului de psihiatru, termenul desemna pe medicul care se ocupa de îngrijirea și tratarea bolnavilor mintal. Astăzi, termenul este abandonat, putînd fi întilnit doar în literatura secolului al XIX-lea.



473. **ALIMEMAZINE** (DOL) ● Derivat fenotiazinic/aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil) fenotiazină, cu valențe multiple, dar moderate.

Situat la granița dintre neuroleptice, anti-depresive și tranchilizante, are o acțiune sedativă, antiemetică, ușor antidepressivă, an-

xiolitică, miorelaxantă și hipnoică. Efectele secundare reduse, buna toleranță, precum și absența contraindicațiilor majore îi conferă o largă utilizare. Constituie principiul activ a numeroși produși farmaceutici, dintre care cei mai cunoscuți sînt:

THERALEN(E)^(M) Belgia, Elveția, Franța, R.F.G., Spania

VALLERGAN^(M) Anglia, Australia, Danemarca, Finlanda, Olanda.

În practica curentă mai sînt întilniți:

ALIMEZINE^(M) Japonia

AMISAL^(M) S.U.A

APAMEZIN^(M) Coreea

BENALGEN^(M) Japonia

COPLEXENS^(M) S.U.A.

CRASIN^(M) Coreea

MEPARIL^(M) Coreea

NEDELTRAN^(M) Belgia

NORMALN^(M) Coreea

PENECTYL^(M) Canada

PRAMIN^(M) Coreea

REPELTIN^(M) R.F.G.

TELMATIN^(M) Coreea

TEMARIDIN^(M) Coreea

TEMARIL^(M) S.U.A.

TRIXIN^(M) Coreea

TURYSIN^(M) Coreea

VARIARGIL^(M) Spania

474. **ALIMENTAȚIE ARTIFICIALĂ** — în psihiatrie ● Imposibilitatea de a se hrăni în mod normal a unor bolnavi psihici sau somatici îi expune la gravele complicații ale denutriției: cașexie, scăderea importantă a rezistenței generale cu facilitarea grefării infecțiilor intercurrente, dificultatea cicatrizării leziunilor de decubit, agravarea tarelor preexistente. Pentru evitarea acestor complicații, care pot pune în pericol viața bolnavului, se recurge la introducerea substanțelor nutritive în organism, printr-un ansamblu de tehnici: gavaj cu sondă nasogastrică (sau orogastrică), clisma alimentară sau tehnici perfuzabile. Primele două metode, mai frecvent utilizate, introduc lichide nutritive cu compoziție variabilă, conținînd pe cît posibil toate principiile nutritive (hidrolizate de proteine, sucuri de fructe, săruri minerale, vitamine), putîndu-se vehicula tot pe această cale și medicamentele pe care subiectul fie că refuză, fie că nu poate să le înghită:

Prima tehnică constă în imobilizarea subiectului și administrarea s.c. cu 20 minute înainte a unei fiole de atropină sau introducerea direct pe sondă a apei cloroformate, pentru a facilita introducerea și tolerarea sondei. Introducerea sondei esofagiene (în prealabil aseptizată și cu capătul olivar lubrefiat) se

face progresiv, prin provocarea mișcărilor de deglutiție introducând mici cantități de apă în gura subiectului. Prezența sondei în cavitatea gastrică se controlează prin introducerea unei hirtii de turnesol în lichidul extras prin sondă: în prezența sucului gastric culoarea albastră virează spre roșu. Dacă în cursul introducerii sondei apare tusea, congestiunea puternică a tegumentelor feței, sonda trebuie imediat retrasă (înseamnă că aceasta a pătruns în tractul respirator). După pătrunderea sondei, se trece la administrarea a aproximativ 3/4 l de lichid nutritiv, la o temperatură de 25—30°. Numărul administrărilor poate fi de 1-2/zi. În administrarea orogastrică, este necesară aplicarea unui depărtător care să împiedice secționarea sondei cu dinții. Clisma alimentară se aplică totdeauna după o prealabilă clismă evacuatorie. Alimentația artificială este adaptată în funcție de nevoile organismului: lichidul nutritiv trebuie să furnizeze un aport de aproximativ 2.000 cal/zi (mai mare chiar, dacă este vorba de o boală consumptivă), 2—3 l de lichide/zi și să acopere necesarul de glucide, lipide, săruri minerale, vitamine, necesar evaluat prin: pierderea ponderală suferită, albuminurie, proteinemie, colesterolemie, trigliceridemie, ionogramă, electroforeză, hemogramă, indicatori ai hemostazei. În cursul alimentației artificiale prin sondă, se impune uneori monitorizarea funcțiilor cardiace și respiratorii. O metodă mai rar folosită este alimentarea prin gastrostomă, atunci când progresia sondei esofagiene este împiedicată de existența stricturilor esofagiene (esofagită caustică, rezultat al tentativei de suicidare prin ingestie de substanțe caustice). Introducerea pe cale parenterală a diverselor soluții perfuzabile se face la nivelul trunchiurilor venoase mari (vasele periferice nu au rezistența necesară introducerii substanțelor hiperosmolare), folosind cateterizarea. Soluțiile nutritive sînt alcătuite, în acest scop, din soluții glucozate, cu electroliți, soluții de aminoacizi, hidrolizate de proteine, polivitamine, oligoelemente. Durata tratamentului variază de la câteva zile la citeva săptămîni. În tehnica parenterală, pe lângă monitorizarea funcțiilor vitale, este necesară și o continuă aseptizare a venei cateterizate, pentru a evita apariția inflamației și a infecției. În afara acestora, alte complicații care pot apărea sînt: intoleranța la soluția hiperosmolară glucidică, hiponatremie, hipopotasemie, deficit de aminoacizi sau vitamine, hipofosforemie, hipomagneziemie, tromboză venoasă, insuficiență hepatică.

În psihiatrie, indicații ale alimentației artificiale sînt reprezentate de toate cazurile de refuz, de negativism alimentar prelungit, care predispun la denutriție, anorexia din depresia melancolică; stupoare, sindroamele pluricarențiale ale bolnavilor psihici gravi, stările confuzionale tentativele de suicidare cu substanțe caustice.

475. ALIMORAL^(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoi-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. Efecte secundare comune neurolepticelor incisive: pentru dozele mari. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

476. ALINAM^(M) Franța — DCI *Clormezanona* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

477. ALINARE (cf. lat. *lenis* „ușor, calm, încet”) ● Efect benefic de liniștire și diminuare (uneori pînă la dispariție) a suferințelor psihice și fizice ale unui subiect, înregistrat în mod spontan (în unele cazuri doar prin prezența securizantă și atitudinea binevoitoare a medicului) sau intențional și secvențial controlat (pe durata demersului medical: consultație, investigații clinice și paraclinice, indicații chimio- și psihoterapice). Efectele favorabile ale actului medical asupra subiectului (efectele adverse sau negative se exclud din sfera termenului analizat) nu pot fi decelate decît printr-o atentă și constantă observație clinică, prin prisma contactului (puternic saturat afectiv) medic-pacient, de care depinde, în ultimă instanță, trăinicia (durabilitatea) efectului pozitiv urmărit. → CONTACT MEDIC-PACIENT, CONCENȚA PSIHOLGICĂ.

478. ALIOSIS (cf. gr. *alios* „van, inutil”) — sin. TAEDIUM VITAE; OTIUMOSIS ● Stare de indispoziție cronică, posomoroală, plictiseală permanentă, absența totală a bucuriei de a trăi, fără o cauză particulară (concretă) și în absența anxietății, a ideilor de autoacuzare sau de autoliză. Termenul nu mai prezintă decît interes istoric, el fiind înlocuit cu englezul SPLEEN →

479. ALIPID^(M) Argentina — DCI Amfepramona ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE^(DCI)

480. ALISEUM^(M) Italia — DCI Diazepam ● Tranchilizant — derivat benzodiazepinic sin.
→ DIAZEPAM^(M) România.

481. ALITERAȚIE (cf. lat. *ad- 3 littera*) ● Tendință patologică, obsedantă, spre rimă — de obicei forțată —, realizată fie prin repetarea de silabe, fie prin soluții puțin logice. Se întâlnește la personalități dizarmonice, în psihoza maniaco-depresivă și, cu o notă aparte, în schizofrenie.

482. ALIVAL^(M) Austria, Belgia, Elveția, Franța, R.F.G., Spania — DCI Nomifensină ● Antidepresiv timoleptic de tip 8-amino-1, 2, 3, 4-tetrahidro-2-metil-4-fenilisoquinolină, indicat atât în depresiile psihotice cât și în cele psihogene și somatogene de intensitate medie și potrivit pentru tratamentul ambulator. Contraindicații: deliruri acute, etilism cronic, intoxicații cu somnifere și sarcină.

483. ALKARAU^(M) S.U.A. — DCI Reserpină ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

484. ALLAN^(B) *sindrom* ● Perturbare genetică evoluind, după MOOR, pe axul: microcefalie, debilitate mintală, diplegie spastică, hipoplazie cerebeloasă, atrofie optică și aminoacidurie.

485. ALLAN-CUSWORTH-DENT^(B) *boală* — sin. ACIDURIE ARGININ-SUCCINICĂ ● Anomalie enzimatică cu caracter genetic (imposibilitatea scindării acidului arginin-succinic în arginină și acid fumaric), manifestându-se prin prezența în cantitate crescută, în urină, a acidului arginin-succinic. Pe plan psihic și neurologic, apar modificări severe (întârziere mintală în grad avansat, crize convulsive generalizate, ataxie tranzitorie post-critică), datorită deficiențelor intervenite în funcționarea ciclului metabolic al ureei, având ca rezultat hiperamoniemia, cu efecte negative profunde în biochimia cerebrală.

486. ALLEGRON^(M) Anglia, Belgia — DCI Nortriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a, d/cicloheptan $\Delta^{5,7}$ —

propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

487. ALLENDY RÉNÉ-EUGÈNE (1899—1942) ● Psihiatru francez de orientare psihanalitică, cu numeroase și originale preocupări și licențiat în limbi scandinave și medicină, autor al unei teze despre „alchimie și medicină” (în care îl reabilitează pe PARACELSIUS), președinte al Societății Franceze de Homeopatie, unul dintre primii psihanalizști francezi. Principalele lucrări: „La psychanalyse des névroses” și „La psychanalyse, doctrines et applications” ; ultima sa lucrare, „Jurnalul unui medic bolnav” (1942), are caracter autobiografic, autorul suferind de o boală necrutătoare, descriindu-și ultimele șase luni de viață.

488. ALLOTROPAL^(M) R.F.G. — DCI Metilpentinol ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-01, cu acțiune sedativ-hipnotică și mierezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

489. ALLPORT Gordon (1897—1967) ● Psiholog american de prestigiu, licențiat în economie și filozofie (1919), al cărui nume este legat de studiul personalității (mai ales prin lucrarea „Personality a Psychological Interpretation”, 1937) și de promovarea unei atitudini noi, toare, cu caracter interdisciplinar, în psihologie (a fost unul dintre întemeietorii Facultății de relații sociale de la Harvard). După susținerea doctoratului în psihologie (1922), își perfecționează studiile la Berlin, Cambridge și Hamburg (perioada 1922—1924), pentru ca ulterior să se dedice cercetării teoretice (concretizată într-un număr mare de lucrări publicate) și activității didactice (instructor de etică socială la Harvard, profesor-asistent de psihologie la Dartmouth College, profesor de psihologie la Universitatea Harvard, între anii 1930—1967). ALLPORT a editat timp de 12 ani revista de psihologie socială și a fost mulți ani președintele Asociației psihologilor americani. A identificat aproape 50 de semnificații diferite ale personalității și, împreună cu ODBERT, a descris un număr de 17 953 de însușiri psihice diferențiate, privitoare la personalitate (dintre care 4 504 au fost confirmate și de alți autori).

Tot sub raport teoretic, a încercat să impună (fără succes) în locul conceptului de „Sine”, noțiunea de „proprium” a cărei caracteristică esențială (așa-numita „cunoaștere a cunosătorului”) a fost puternic criticată, pentru că presupunea „existența unui subiect în subiect, responsabil de autocunoaștere”. Sub raport

practico-aplicativ, a realizat împreună cu VERNON și LINDSLEY un test de personalitate structurat pe șase tipuri de bază (preluate de la SPRANGER), din care pot fi decelate, prin corelare, alte tipuri compuse : teoretico-



Gordon Allport

estetic, pragmatico-organizațional, religios-activ etc. Pentru varietatea preocupărilor sale, care se reflectă în titlurile unor lucrări ca : „Study in expressive movement” (scrisă cu VERNON — 1933), „The use of personal document in psychology science” (1942), „The nature of personality : selected pattern” (1950), „The nature of prejudice” (1954), „Patterns of the growth in parsonality” (1961) sau „The person in psychology : selected essays” (1968).

490. **AL(L)O**— (cf. gr. *allos* „altul”) ● Element de compunere savantă, cu sensul de „altul”, „diferit”.

491. **ALOCORTEX** (cf. gr. *allos* ; lat. *cortex* „scoartă, inveliș”) — sin. ARHIPALIUM sin. → CORTEX ALOGENETIC.

492. **ALOCENTRISM** (cf. gr. *allos* ; lat. *centrum* „centru”) ● Tendința de focalizare a interesului personal spre ceilalți mai mult decît spre sine ; se opune egocentrismului.

493. **ALOȚINIE** (cf. gr. *allos* ; *dine* „virtej, învîrtire”) → ALESTEZIE.

494. **ALOEMPATIE** (cf. gr. *allos* ; *empathia* „pasiune”) ● Cunoașterea celorlalți din/prin propria perspectivă/dimensiune.

495. **ALOEROTISM** (cf. gr. *allos* ; *eros* „iubire”) — sin. ALOEROTICISM → HE-TEROEROTISM.

496. **ALOESTEZIE** (cf. gr. *allos* ; *aisthesis* „simțire”) — sin. ALCESTEZIE → ALESTEZIE.

497. **ALOFAZIE** (cf. gr. *allos* ; *phasis* „cuvînt”) ● Termen prin care se desemna vorbirea incoerentă, astăzi aproape de loc folosit în limbajul psihiatric.

498. **ALOGIC** (fr. *alogique*) ● Lipsit de logică, caracterizat prin absența logicii în gîndire.

499. **ALOGIE** (cf. gr. *allos* ; *logos* „cuvînt, discurs”) → MUTISM.

500. **ALOMNEZIE** (cf. gr. *allos* ; *mnesis* „memorie”) ● Tulburări calitative ale memoriei, făcînd parte din grupul parămneziiilor, care se referă la deformarea rememorații trecutului, fie sub aspectul ordonării reperelor temporale (pseudoreminiscentele, ecmnezia), fie sub cel al autenticității faptelor de memorie (confabulațiile).

Posibila includere în cadrul tulburărilor memoriei a acestei clase este foarte controversată, din cauza interferenței aspectelor cantitative și calitative ale funcției mnezice, în majoritatea tulburărilor. Chiar în cadrul grupei alomneziiilor, se poate realiza un amalgam, în care limitele dintre trecut și prezent, dintre real și imaginar se volatilizează. De asemenea, trebuie luată în considerație diferențierea confabulațiilor (care au drept scop suplînirea deteriorării mnezice — a lacunelor) de fabulații, care au alte mecanisme și scopuri. Aceste tulburări de memorie aparțin, în general, circumstanțelor psihopatologice care implică modificări ale nivelului de conștiință (psihoze isterice, stări crepusculare, epilepsie temporală, confuzie, manie) sau celor de tip deficitar (oligofrenii, demențe).

501. **ALOPAT** (cf. gr. *allos* ; *pathos* „suferință”) ● Alopazia este o terapie causală, căpătînd o deosebită dezvoltare prin studiul bolilor, al mecanismelor lor de producere, la

agenților patogeni, fiind în strânsă legătură cu celelalte științe și avînd la bază procedee experimentale. Ca terapie care tinde să corecteze dereglări ale mecanismelor fiziologice, folosește procedee enantiopatică (remedii cu efecte contrare simptomelor pe care urmează să le combată), ca de exemplu: terapie antibiotică, antiinflamatorie, anticonvulsivantă, antinevralgică etc. Volumul mare al cunoștințelor necesare, caracteristic medicinei alopatice, a avut drept consecință directă o specializare din ce în ce mai restrînsă; i se poate reproșa pierderea viziunii de ansamblu asupra subiectului.

502. ALOPECIA AREATA (cf. gr. *alopekia*) ● Căderea părului de pe anumite zone mici ale scalpului, care se poate asocia cu alopecia totalis (căderea părului de pe tot capul) sau cu alopecia universalis (căderea părului de pe tot corpul).

Mulți autori o consideră o fază în instalarea unor tulburări în a căror determinare factorul psihogen are o reală valoare. După W. D. ENGELS (1985), cazurile studiate în profunzime, în patologia infantilă, au sugerat următoarea secvență caracteristică de evenimente:

- o pierdere simbolică, la vîrstele mici (abandon real sau imagină, nașterea unui frățior, dispariția unei persoane foarte apropiate);
- modificarea nivelului de protecție și îngrijire a copilului, prin pierdere;
- un eveniment precipitant, constînd într-o nouă pierdere cu abandonarea totală a micului subiect;
- începerea pierderii extensive a părului după aproximativ două săptămîni.

503. ALOPERIDIN^(M) Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin-/4'-fluorobutirufenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

504. ALOPLASTIC ● Semnifică, după FERENCZI, LAGACHE și alți psihanalisti (care au preluat acest termen din teoriile adaptării), un tip de reacție avînd scopul de a modifica mediul înconjurător și de a realiza un raport de echilibru cu acesta. La personalitățile dizarmonice, manifestările clinice sînt predominant aloplastice, simptomele subiective (autoplastice) fiind prezente doar uneori, și atunci în planul secund al tabloului clinic. În aceeași accepțiune, ritualurile obsesive din psihopatologie sînt considerate de LAGACHE

ca avînd funcție aloplastică, „efectele conduitei constînd în modificări exterioare organismului, în opoziție cu modificările subiectului însuși, numite autoplastice”.

505. ALOPSIHIC (cf. gr. *allos* ? *psyche* „suflet”) ● Termen care se referă la capacitatea subiectului de a se orienta după repere exterioare, spațio-temporale și fizionomice. Împreună cu orientarea autopsihică (privind propria persoană) cea alopsihică alcătuiește pentru individ sistemul referențial al ambianței și, într-un sens mai larg, al realității. Perturbarea acestei duble orientări propulsează subiectul, pentru o durată mai scurtă sau mai lungă, în neantul confuziei. Dintre afecțiunile psihice în care orientarea alopsihică este în mod evident modificată, amintim sindromul Korsakov și presbiofrenia, unde sindromul confuzional ocupă locul central în tabloul clinic.

506. ALOPSIHOZA (cf. gr. *allos* ? *psyche*; ● Termenul prezintă numai un interes istoric) nemaifiind utilizat. WERNICKE a încercat să-l acrediteze în lucrarea sa „Der aphasische Symptomenkomplex” (1874), drept o psihoză realizată prin prelucrarea stimulilor externi. Un asemenea model ar putea fi paranoia.

507. ALOTRIOFAGIE (cf. gr. *allotrios* „străin” ? *phagein* „a minca”) — sin. CITOZIS ;
sin.
EPITIMIE → PICA.

508. ALOTRIOGEUSIE (cf. gr. *allotrios* ; *geusis* „gust”) ● Pervertirea simțului gustativ, în ansamblul său.

509. ALOTRIOGEUSTIE (cf. gr. *allotrios* ? *geusis*) ● Termen mai nuanțat ca sens decît precedentul ; desemnează o pervertire a gustului prin preferințe anormale.

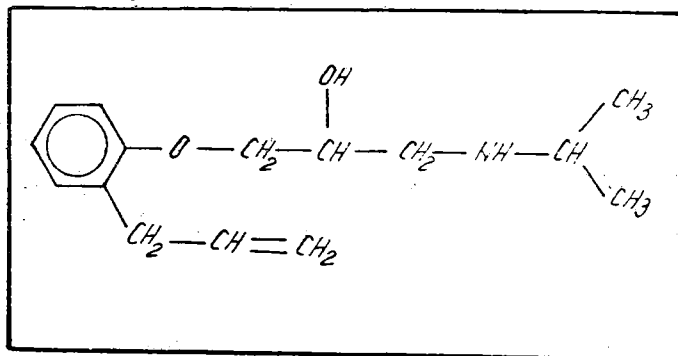
510. ALPERS-CHRISTENSEN-KRABBE^(B) boală — sin. POLIDISTROFIE PROGRESIVĂ CEREBRALĂ INFANTILĂ ● Afecțiune caracterizată printr-o distrucție neuronală, conferind substanței cenușii de la nivelul scoarței cerebrale și, în special, a cerebelului, talamusului, trunchiului cerebral, un aspect spongios. În etiologie sînt incriminate (în originea enumerării): anoxia cerebrală perinatală, toxemia gravidică, factori genetici. Clinic se manifestă prin crize comițiale, întîrziere mentală. Prognosticul este defavorabil, fiind marcat de evoluția spre demență.

511. ALPRENOLOL^(DCI) ● Derivat isopropilaminic cu acțiune psihotonă și beta-blocantă, de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sin-

droame cardiace hiperkinetice, alcoolism, boli psihosomatice.

Nu duce la dependență, nu se asociază cu MAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

514. ALTERARE (fr. *altérer*) ● Modificare în sens negativ a echilibrului unui sistem, sub influența unor factori interni sau externi. Definește, în mod nespecific, orice transformare pe care morfologia sau funcția unui aparat o suferă, ca afectare globală și nediferențiată,



APTIN^(M) Austria, Danemarca, Italia, Iugoslavia, Suedia

APTIN(E)^(M) Argentina, Franța, Grecia, Olanda, Portugalia, Turcia.

Se mai întâlnește și sub numele ↓

APROBAL ^(M)	Japonia
APTIN DURETTER ^(M)	Suedia
APTIN DURILES ^(M)	R.F.G.
APTIN DURILES RTARD ^(M)	Austria
APTINA ^(M)	Spania
APTIN(E) DURULES ^(M)	Franța
APTINE DURETTES ^(M)	Olanda
APTOL DURILES ^(M)	Elveția
BETACARD ^(M)	Australia
CORBETAN ^(M)	Israel
ELPERL ^(M)	Japonia
GUBERNAL ^(M)	Franța
REGLETIN ^(M)	Japonia
SINALOL ^(M)	Japonia
VASOTON ^(M)	Argentina

512. ALSERIN^(M) Canada — DCI *Reserpina*

● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

513. ALTER (cf. lat. *alter* „unul din doi, celălalt”) ● Termenul definește o altă persoană, reală sau imaginară, cu care se stabilește o relație psihologică.

dar totdeauna defavorabilă. Astfel, se poate vorbi despre alterarea comportamentului, a memoriei, a unor componente instinctiv-afective. Condiții psihotraumatizante de mediu pot produce unor subiecți, asupra cărora acționează, alterări cu caracter tranzitor (reacții, nevroze) sau pot structura în mod dizarmonic personalitatea (psihopatii marginale), producând decompensări nevrotice sau psihotice. Alterări definitive, de diferite grade, apar în cazul sindromului psihoorganic cronic (din demențe, post-traumatisme craniocerebrale, infecții cerebrale etc.) și în stările postproce-suale.

Constatarea prezenței unei alterări senzoriale, motorii sau psihice nu reprezintă decât primul pas în demersul diagnostic, ale cărui etape ulterioare au rolul de a stabili cu precizie nivelul și amploarea fenomenului morbid.

515. ALTERITATE (fr. *altérité*) ● Diferențiere ontică între două existente — fie că este vorba de părți deosebite ale ființei, a căror identitate esențială este exclusă, în virtutea naturii lor diferite, fie că avem de a face cu ipoteze calitativ distincte ale aceleiași existențe, privită în devenirea ei dialectică, în care alternează perioadele de continuitate și momentele de discontinuitate.

RENOUVIER consideră alteritatea ca fiind altceva decât Eul: După acest autor, percepția este ipseitate, alteritate și sinteză. J. DERRIDA consideră că alteritatea absolută poate fi modificată atunci când există un alter-ego.

Sensul psihiatric al termenului este apropiat de cel dat ileităzii de antropologia triontică → ILEITATE.

516. ALTERNANTE/ALTERNE — *personalități* ● Tulburare a conștiinței proprii persoane, în care simptomatologia de tip dissociativ-isteric atinge nivelul maxim. Neformație psihică, personalitatea alternă apare cu trăsături opuse personalității anterioare a subiectului, cu amnezie pentru existența dusă pînă în momentul instalării (în cvasimajoritatea cazurilor bruscă) noii personalități.

Personalitățile alterne au o frecvență deosebit de redusă (pînă în 1910, istoria psihiatriei cunoaște maximum 25 cazuri). Neoformație psihică, psihologice și civile a unor subiecți. Această modificare extraordinară, de aspect românesc, a fost numită și dublă personalitate (P. JANET) sau personalitate multiplă (M. PRINCE).

Cazul princeps descris în literatură — al lui Mary Reynolds (MITCHELL, NOTT, 1816) a oferit o evoluție care a stîrnit mari controverse în epocă: după oscilații între cele două personalități (între 17 și 35 de ani), bolnava s-a cantonat în personalitatea secundară (care a rămas aproape definitivă pînă la 61 de ani). Către sfîrșitul vieții, „părea să aibă un fel de obscură și neclară idee despre un trecut plin de umbră, pe care însă nu-l putea cuprinde în întregime”.

Alte cazuri, nu mai puțin celebre, sînt cel al lui Mary Pancher, care a prezentat nu mai puțin de cinci personalități alternative (Sunbeau, Idol, Rosebind, Pearl, Ruby), precum și cel al domnișoarei Beauchamp, descris de M. PRINCE. Examinarea și diagnosticarea acestor cazuri prezintă o dificultate majoră, consultul repetat la intervale îndelungate de timp fiind singurul în măsură să poată evidenția discontinuitatea personalității. Făcînd parte din tulburările dissociative isterice, personalitatea alternă rămîne una dintre entitățile extrem de rare în clinica psihiatrică.

517. ALTERNATIVE^(T) teste ● Teste, inițiate și introduse în arsenalul tehnicilor psihologice de către psihologul englez Cyril BURT, care au drept caracteristică alegerea unui răspuns dintre mai multe alternative propuse. Sînt răspîndite și utilizate astăzi în special în scopul verificării cunoștințelor, metoda este folosită și în cazul testelor de inteligență verbală.

518. ALTEROECOPRAXIE (cf. lat. *alter* „unul din doi”, gr. *eche* „sunet” și *praxis* „acți-

une”) ● Termen introdus de DELGADO, primcare, după BIEDER, se desemnează impresia subiectului că cei din jur (unul sau mai mulți) reproduc mișcările sau actele sale, simultan cu efectuarea lor sau imediat după aceea.

519. ALTILEV^(M) Franța — DCI *Nortriptilină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo(a, d)cicloheptan- $\Delta^{5,7}$ -propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.

520. ALTIMINA^(M) Portugalia, Spania — DCI *Fencamfamin* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-fenil-N-etil-2-norbornamină, indicat în scăderea randamentului util și a elanului vital la vîrstnici și în convalescență, epuizare fizică și psihică. Fiind o amină simpatico-mimetică, impune atenție la apariția fenomenelor de dependență și sevraj → PSIHOSTIMULENTE.

521. ALTIPAX^(MC) Spania ● Produs terapeutic, care conține trei medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează.

Este compus din:

- FENCAMINA^(M) — psihostimulent
 - OXAZEPAM^(M) — tranchilizant
 - PIRIDOXINA^(M) — vitamina B₆.
- Are acțiune anxiolitică, psihostimulentă.

522. ALTITUDE (cf. lat. *altitudo* „înălțime”) ● În sens medical, se referă la una dintre circumstanțele fiziologice în care organismul uman își mobilizează resursele pentru a se adapta la mediul montan, cu tot ceea ce implică el. Climatul montan este caracterizat prin diminuarea presiunii atmosferice și a presiunii parțiale a oxigenului, intensitatea crescută a luminozității, radiații chimice active, uscăciunea și puritatea aerului (praful și germeii au o densitate mult scăzută), nivelul higrometric variabil în funcție de anotimp. Presiunea scăzută a oxigenului, invers proporțională cu altitudinea, conferă climatului montan calități excitante, care, alături de celelalte caracteristici, justifică indicația terapeutică de cură montană sau cură de altitudine în neurastenii, anemie, TBC, astm. În cazul unei adaptări deficitare a organismului la factorii altitudinali, și în mod deosebit la hipoxie, se poate declanșa boala acută a înălțimilor („rău de munte”), care se manifestă prin cefalee, greață, vărsături, insomnii, euforie, stări letargice. Simptomatologia psihică poate atinge pragul agitației psihomotorii, al con-

vulsiilor sau chiar al stării de comă. Expunerea rapidă la anoxie și menținerea în aceste condiții, observate la aviatori, determină diminuarea capacității asociative și de memorare, eficiența întregii activități psihice reducându-se la 80% și chiar la 20% din valoarea normală (când expunerea la anoxie depășește 18 ore). Boala cronică a înălțimilor prezintă, în tabloul clinic, semne de eritremie, astenie fizică și psihică, cefalee, tulburări vizuale și auditive pasagere, crampe musculare, dispnee. Prolungirea expunerii la o presiune scăzută a oxigenului duce la o reducere marcată a eficienței activității psihice, somnolență, manifestări respiratorii și cardiovasculare grave. Populațiile care se nasc și trăiesc la altitudine, uneori chiar foarte ridicate, sînt supuse unor mecanisme adaptative care intervin imediat după naștere, riscul manifestării bolii de altitudine fiind exclus.

523. ALTRUISM (cf. lat. *alter*) ● Termen consacrat de către A. COMTE, pentru a denumi acea conduită morală care, în opoziție cu egoismul, urmărește în mod dezinteresat binele celorlalți oameni. Dacă egoismul a fost considerat de mulți gînditori drept un comportament izvorit din natura înăscută a omului, altruismul a fost definit ca un ideal menit să orienteze o resurrecție morală, prin care atașamentul, bunătatea, simpatia, solidaritatea și abnegația dobîndesc o supremație constantă asupra agresivității funciare a personalității de tip competitiv. Atîta timp cît se menține iluzia temeiurilor înăscute ale egoismului, altruismul apare ca o conduită nefirească, rezultînd fie din capriciul evoluției ontogenetice a unor individualități „aparte”, fie, printr-un acut conflict între natură și cultură. În realitate, privesc ca valori și principii morale, atît egoismul cît și altruismul au o motivație social-istorică, idealizînd tipul de comportament adecvat anumitor modele de relații sociale. Excentric și handicapant într-un context competitiv, în care sînt consacrate individualismul și setea de dominație, altruismul devine exemplar și adaptativ într-o rețea de relații interpersonale bazate pe solidaritate, consacrînd colectivismul și disponibilitățile de cooperare.

Altruismul reprezintă concomitent o dispoziție emoțională și un comportament dezinteresat (citeodată nemotivat) în favoarea altora, o dorință transpusă în acțiune pentru binele celorlalți. Deși de cele mai multe ori presupune o raportare conștientă (BALDWIN), altruismul poate alege și căi dramatice în scopul realizării principiului suprem al dragosteii pentru ceilalți.

Din perspectivă sociobiologică, altruismul este definit ca un comportament modelat după necesități exterioare, care aparțin altui individ decît subiectul, fiind, în acest sens, paradoxal. Motivațiile altruismului sînt greu de identificat, de exemplu, sacrificiul părinților față de copii, care nu poate fi explicat printr-o posibilă returnare a investiției morale și materiale. Extrapolarea unor modele ca acelea ale speciei „apis melifica”, în care albinele lucrătoare nu lucrează decît pentru a asigura succesul reproductiv al unui singur individ (matca), nu satisface modelul relațional uman. În pofida serviciilor biologice care împing individul spre un egoism motivat de rigorile supraviețuirii individuale și de specie, la om, altruismul apare nu ca un simplu atașament gregar, ci ca o raportare constantă (BALDWIN), fiind atribuit al conștiinței morale. În această lumină, supralicitarea egoismului, pe care o încearcă unele tendințe filozofice moderne, sub pretextul pseudoștiințific al primordialității motivațiilor biologice, nu are relevanță. Societatea ca sistem este singura care poate modela tendințele egoiste, poate favoriza sublimarea în altruism, ca atitudine morală valorizatoare.

Din perspectivă psihopatologică, altruismul excesiv, cu originea fie în trăsăturile caracteriopate (orgolii sau ambiții absurde, imaturitate afectivă, autoritarism mascat de generozitate deturnată ca sens, sentimente de inferioritate), fie în tulburări cognitive-imaginative, se circumscrie unor entități nozografice determinate. Astfel, se descriu idei delirante cu conținut altruist, mai ales în cadrul melancoliei și dar și în afara accesului melancolic, cînd subiectul este, de obicei, un clclocim, o personalitate afectivă, el se poate manifesta în mod altruist. P. JANET descrie cazul unor bolnavi care exprimau altruismul printr-un devotament excesiv, obositor pentru anturaj.

În psihiatrie, omorul altruist este suprema canalizare aberantă a încărcăturii afective polarizante a trăirii psihotice, dar nu unica. Multe dintre actele neînțelese ale acestei lumi au la bază mecanisme sau fragmente din ceea ce s-ar putea numi bună intenție, dar care, în fond este rezultat al unei gîndiri morbide. Astfel, în numele unei morale ireproșabile, dar total pervertite de boală, asistăm la acțiuni ce pot culmina cu atrăgerea în actul autolitic a celorlalți membri ai familiei, pentru a le curma o suferință pe care ei, de fapt, nu o au și sau aflat sub teroarea unui sindrom paranoic, în care cei apropiați sînt considerați amenințați de un pericol vital, bolnavul își omîoră familia și apoi se sinucide, pentru a se „salva” de „peri-

colul delirant". Istoria cunoaște, din păcate, și depășirea graniței familiei...

524. **ALTUL SEMNIFICATIV** — sin. **ALTUL GENERALIZAT** ● Nume generic care poate fi dat oricărui grup sau microgrup social ce joacă un rol însemnat în viața unei colectivități la un moment dat și care polarizează atenția (și, de obicei, admirația) individului, constituind modelul cu care acesta vrea să se identifice. Altul semnificativ poate să reprezinte astfel o motivație pozitivă care acționează favorabil în sensul armonizării sociale sau, dimpotrivă, poate să exercite o influență negativă. Psihologia socială studiază importanța pe care o are altul semnificativ în fenomenul contemporan al grupurilor sociale și mai ales la tinerii din societatea capitalistă, care vehiculează droguri sau arme, idei și manifestări religioase cu caracter sectant.

525. **ALUNECĂRE** ^{sin.} → **DEPLASARE**.

526. **ALUVAL**^(M) R.F.G. — DCI *Bromisova-*
^{sin.}
lum → **BROMOVAL**^(M) România.

527. **ALUZIE** (cf. lat. *allusio*) ● Mesaj latent, în contextul comunicării, care evocă o persoană, un lucru sau o idee despre care nu se spune direct ceva. Are la bază implicații (subînțeleșuri) ale contextului verbal și situațional. Receptorul mesajului trebuie să decodifice semnificația cuvintelor, intonației, mimicii, gesturilor emițătorului, în raport cu situația expusă. În modul de comunicare grafic, aluzia se desprinde ca un înțeles „citit printre rânduri”. În limbajul maniacalului, schizofrenului, poate fi întâlnit modul aluziv de exprimare, după cum paranoicului și schizofrenul descoperă aluzia acolo unde ea nu există, decodificând eronat semnificația cuvintelor, gesturilor, mimicii.

528. **ALZHEIMER Alois** (1864—1915) ● Psihiatru și histopatolog german. Își desăvârșește studiile medicale la Würzburg și Berlin, practică psihiatria la Frankfurt, Heidelberg, München și Breslau, unde devine, în 1912, titularul catedrei de psihiatrie. Asistent și colaborator apropiat al lui KRAEPELIN la Heidelberg, îl urmează pe acesta în 1904 la München, unde, în 1906, având cunoștințele histopatologice necesare și dublindu-și studiile clinice cu cele de anatomie patologică, delimitează tabloul anatomopatologic al unei demențe senile survenite la subiecți adulți care nu au depășit pragul presenilității. Descrierea tabloului clinic îi aparține lui KRAEPELIN care, în 1910, denumeste această maladie (demență) — boala Alzheimer.

529. **ALZHEIMER**^(B) boală ● Inițial, tabloul clinic al acestei afecțiuni a fost cuprins în marea și încă nediferențiată grupă a demențelor senile. Interesantă din punct de vedere istoric este și apropierea lui PICK de studiul acestei maladii, pe care o denumeste „demență prin encefaloză”. Cel care a reușit să contureze tabloul anatomopatologic caracteristic acestei boli a fost însă ALZHEIMER, în 1906, fapt care l-a determinat pe KRAEPELIN, în 1910, cu ocazia realizării descrierii tabloului clinic, să o numească boala Alzheimer.

Studiul bolii a fost aprofundat ulterior, atît din considerente clinice, cit și anatomopatologice, de DELAY și BRION. Este o demență presenilă, caracterizată prin instalarea rapidă a unui tablou demențial, însoțit de dezorientare temporo-spațială imediată și de sindromul afazo-agnozo-apraxic, la care se adaugă o simptomatologie neurologică de tipul hipertoniilor extrapiramidale.

Cazul princeps a fost descris în 1906 de A. ALZHEIMER, care a stabilit că leziunile anatomice predomină în cortexul parieto-temporo-occipital și constau în degenerescență neurofibrilară, plăci senile, degenerescență vacuolară, apariția corpiilor Hirano, angiopatie congofilă și pierderi neuronale. Datele recente subliniază și deficite specifice în sistemele de neurotransmițători, care predomină în sistemul colinergic, dar afectează și alte sisteme (noradrenalină, somatostatina) și se discută și posibilitatea unei etiologii virale.

Boala debutează în 4/5 din cazuri între 45—65 ani, cu o importanță supramorbiditate feminină. Nu s-a putut demonstra transmiterea ereditară a bolii, deși există familii în care incidența ei este mai crescută. Pe de altă parte, s-a observat o creștere a incidenței demenței senile în familiile cu cazuri de boală Alzheimer. Similitudinea caracterelor anatomopatologice din demența Alzheimer și cea senilă, sesizată de mult timp, și desemnată prin conceptul de alzheimerizare a demenței, a condus, în perioada imediat următoare anului 1980, la importante reevaluări terminologice și etiopatogenice. Astfel, a fost introdus termenul de demență de tip Alzheimer, care sugerează o etiopatogenie comună și o posibilă abordare terapeutică unitară.

Debutul acestui tip de demență este insidios, relativ rapid (luni), asociind unui deficit mnezic global dezorientarea spațială precoce, cu pierderea simțului de orientare în spațiul imediat. Apariția tulburărilor funcțiilor simbolice de tipul apraxiei ideatorii, alexiei izolate, agrafiei pure, fără asocierea unor tulburări senzitive

sau senzoriale, anunță instalarea perioadei de stare.

În această fază evolutivă, tabloul clinic este dominat de tulburări intelectuale masive, manifestate prin deficit mnezic și prosexic grav, dezorientare spațială severă, însoțite adesea de stări de agitație. Sindromul afazo-apraxy-agnozic (A.A.A.) completează tulburările care preexistau izolat în faza de debut, putând îmbrăca diverse forme ca: afazia Wernicke (în care tulburările de înțelegere sînt însoțite de jargonofazie, iterații verbale — ecolalie, palilalie, logoclonii), alexie și agrafie, apraxie constructivă, agnozie vizuală cu prosopagnozie.

Ideii de prejudiciu și persecuție și sindromul confuzional se pot asocia, tranzitor sau permanent, tabloului simptomatologic descris anterior.

Pe plan neurologic, semnele extrapiramidale de tipul hipertoniilor și akineziei, ca și crizele comițiale, sînt argumente în favoarea diagnosticului pozitiv. Evoluția se face în 4—10 ani către exitus, în stare cașectică.

Frecvența afecțiunii nu este atât de rară cit s-a susținut în Europa, în ultimele decenii. Deși s-ar putea ca diagnosticul să se pună cu mai multă ușurință în S.U.A., trebuie reținute totuși valorile crescute ale afecțiunii: psihiatrii americani le estimează la 0,8—1,2% din populație, ceea ce corespunde pentru contingente vîrstnice, la valori mari și în valori absolute, la peste două milioane cazuri.

530. AMANITA MUSCARIA ● Specie de ciupercă otrăvitoare — muscarită sau pălăria șarpelui —, care poate provoca intoxicații accidentale grave, prin confundarea cu specia comestibilă *Armillaria mellea* (opintici sau ghebe). Intoxicația debutează prin sindromul muscarinic, concretizat prin catar, hipersudorație, hipotensiune, colaps, urmat de grave tulburări psihice: halucinații macroscopice cu conținut fantastic, euforie, confuzie mentală, acte de violență (beția muscarinică). În cazul unor episoade confuzionale, intoxicația cu ciuperci nu trebuie exclusă dintre ipotezele etiologice.

531. AMANITA PANTERINA ● Basidiomicetă, ca și *Amanita muscaria*, este numită și burete peștriț, flocos sau bubos; face parte din grupa ciupercilor necomestibile, care generează intoxicații alimentare grave, implicînd și tulburări psihice. Ingestia accidentală este urmată de instalarea sindromului panterian (de tip atropinic); tulburări digestive grave (diaree, vărsături), midriază, tahicardie, deli-

rium, convulsii, comă. Intoxicația cu ciupercile din grupul amanitei se tratează prin administrare de emetice, apomorfină 0,01 g s.c. (nu spălătură gastrică), hidratare (per-os și/sau în perfuzie), ceai, cafea sau cofeină pentru combaterea somnolenței, purgative, cărbune animal, sedative de tipul bromurilor. De obicei, nu rămîn sechele; după 5—6 ore de la intoxicație, bolnavul iese din comă, cu amnezia lacunară a episodului.

532. AMAT^S semn → **BENOIT-AMAT^(B)** — sindrom. sin.

533. AMATOFOBIE^(F) (cf. gr. *amathos* „praf” și *phobos* „frică”) ● Teamă excesivă, nemotivată, cu caracter patologic, de praf; este greu de delimitat, fiind cuprinsă, de obicei, în cadrul RIPOFOBIEI (frica de murdărie). Generează mecanisme de evitare și apărare greu suportabile pentru anturaj și chinuitoare pentru subiect → FOBIE.

534. AMAUROTICA — idioție — sin. AXONALA IDIOȚIE; DEGENERESCENTA NEUROAXONALĂ INFANTILĂ și SPASTICĂ IDIOȚIE sin. → STEITELBERGER^(B) boală.

535. AMAUROZA (cf. gr. *amaurosis* „orbire”) ● Pierderea completă a vederii, datorată unor cauze care privesc în mod direct globul ocular, retina, nervul sau căile optice centrale, ariile de proiecție.

Circumstanțele etiologice care nu se referă la polul anterior al globului ocular sînt: angiopatiile retiniene, corioretinitile, degenerescentele pigmentare primitive, idioția amaurotică, trombozele și tromboflebitele vaselor retiniene, intoxicațiile (nicotinică, alcoolice, saturniene, arsenicale, cu chinină sau cu alcool metilic), scleroza în plăci, tabesul, tumorile segmentului cerebral anterior, boli degenerative eredo-familiale, infarctizarea largă (ca teritoriu) a lobului occipital.

Din punctul de vedere psihiatric, două aspecte ale amaurozei pun probleme deosebit de interesante. Primul este cel legat de sindromul Anton, în care bolnavul amaurotic nu și recunoaște suferința și, cu toate că manifestările comportamentale îl indică drept un nevăzător absolut (ca și absența nistagmusului optokinetic), continuă să confabuleze despre anumite întâmplări nevăzute de el după instalarea bolii. Mecanismul acestei tulburări este în relație cu imposibilitatea subiectului de a admite pierderea integrității funcționale corporale; cu imaginea propriei persoane și cu considerarea bolii ca o slăbiciune.

Celălalt aspect se referă la amauroza isterică, a cărei condiție psihogenă nu este totdeauna ușor de pus în evidență. Stabilirea originii (dar nu și a cauzei) se face cu ajutorul următoarelor probe: apariția nistagmusului optokinetic la stimularea cu ajutorul unui tambur rotativ cu oglinzi, modificarea traseului EEG la stimularea luminoasă intermitentă, absența oricărui semn neurologic de leziune corticală sau suferințe în legătură cu amauroza. Date privind trăsăturile de personalitate ale subiectului, alte „accidente“ de tip conversiv, ca și eventuala decelare a psihogenezei, ușurează mult diagnosticul.

536. **AMAVIL^(M)** S.U.A. — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic → **AMITRIPTILINA^(M)** România.

537. **AMAXOFOBIE^(F)** (cf. gr. *amaxa* „vehicul“ și *phobos* „frică“) ● Teamă excesivă, patologică, nejustificată, față de vehicule, menționată cu o frecvență mare la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea. Astăzi apare în mod excepțional ca fobie unică, fiind, de obicei, prezentă alături de alte fobii: **AGORAFOBIE^(F)**, **AGIOFOBIE^(F)**, **CLAUSTROFOBIE^(F)**, **KINEZIOFOBIE^(F)**; nu presupune o experiență anterioară neplăcută și nici nu trebuie confundată cu „răul de vehicul“, care este acompaniat de tulburări neurovegetative caracteristice.

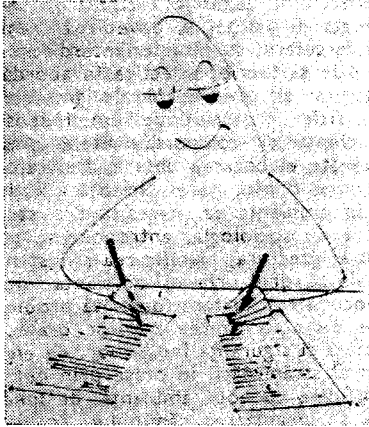
538. **AMBIANȚĂ** (cf. lat. *ambire* „a inconjura“ și fr. *ambiance*) ● Ansamblul factorilor și condițiilor inconjuroare care acționează asupra unui organism. Numărul factorilor ambientali este direct proporțional cu gradul de evoluție a organismului. Astfel, factorii fizici (geografici, atmosferici, condiții de habitat și de muncă, încălzirea și iluminatul artificial, poluarea sonoră), biologici (resurse de hrană, echilibrul ecologic dintre specii, condiții de contaminare microbiologică), psihologici și sociali (con competiția dintre indivizi, dintre clase și partide politice, dintre țări și sisteme sociale, dreptul și accesul la muncă, atitudinile interpersonal, atmosfera familială etc.) acționează asupra speciei umane sub forma unor constelații complexe. În acest sens, **BERNARD** decelează: ambianța fizico-socială (referitoare la instrumente, dispozitive, echipamente și mașini utilizate în procesul muncii sau în mediul domestic, ornamente, sisteme de transport și comunicații); ambianța biosocială (plante, animale domestice, servicii menite să satisfacă necesitățile sociale imediate) și ambianța psihosocială (comportamentele indivizilor cu care venim în contact, obiceiuri,

datini, tradiții, folclor, convenții sociale, moravuri, credințe, simboluri lingvistice, mass-media); ambianța derivată, controlată și instituționalizată (de tip economic, politic, rasial, religios, educațional, etic, estetic, cultural, național, regional, revoluționar, conservator, masculin, feminin etc.).

Psihologia ambianței a devenit o ramură nouă de cercetare, cu caracter interdisciplinar în concepție și teorie, eclectică în abordările metodologice și preocupată de interrelația mediului fizic (construit de om în deosebi) cu experiența și comportamentele umane. Ea urmărește elaborarea unor cadre capabile să determine o mai mare eficiență a acțiunii omului în ambianța sa, necesitind o strânsă conlucrare cu sociologia, antropologia, urbanistica și arhitectura, planificarea și instanțele decizionale. Cadrul urban și ambianța muncii sînt preocupări prioritare (datorită problemelor puse de aglomerarea marilor orașe, de singurătatea și siguranța indivizilor, de efectul psihogen al strămutării în orașe prin defectul de identificare cu noua ambianță, de funcționalitatea și umanizarea căminului, școlii, locului de muncă, spitalelor, de complementaritatea vecinătății diferitelor tipuri de instituții și complexe industriale în marile orașe, de construirea zonelor de recreație etc.). Ambianța constituie și obiectul de studiu al diferitelor ramuri ale ecologiei (autoecologia, sinecologia), psihiatriei transculturale și etno-psihiatriei.

Sfera psihiatrică a preluat termenii de ambianță permisivă și neutrală. Primul se referă la mediul fizic și social care nu urmărește impunerea unor limitări specifice și rigide și nici nu exercită presiuni sau exigențe asupra subiectului. Al doilea indică mediul fizic și social în care acting-out-ul și verbalizarea sînt permise, dar nu în mod necesar sancționate sau aprobate. Ca și ambianța permisivă, ambianța neutrală este propice psihoterapiei de grup, realizînd ambianța psihoterapeutică. **SLAVSON** (1943) afirmă că această metodă „oferă inlocuitorul mediului neutral, fiecare participant poate lua din ea ceea ce îi trebuie. Copilul agresiv găsește eliberarea din anxietatea sa ..., în timp ce timidul sau necomunicativul își poate depăși fricile“, pentru că „aceleași dezadaptări pot avea diferite determinări psihologice și de aceea solicită diferite situații“. Ambianța socială implică procesul și capacitatea de adaptare a indivizilor, fie datorită dinamicii transformărilor ei permanente, fie prin transgresarea bruscă a individului dintr-o ambianță socială în alta (în cazul emigranți-

lor) ; în această ultimă situație, posibilitățile adaptative imediate pot fi depășite, luind naștere o patologie specifică → PSIHOGENII. În concepția antipsihiatriei, ambianța socială ar fi principala cauză a apariției problemelor



emoționale, mintale sau comportamentale (definite „eronat” de psihiatrie drept „boală mintală”), prin suprasolicitaarea adaptativă la care i-ar expune pe indivizii cu strategii adaptative personale defectuoase.

539. AMBIDEXTRIE (cf. lat. *ambo* „ambii” și *dextra* „dreapta”) ● Capacitatea de a utiliza în mod egal și cu aceeași dexteritate ambele mâini în diversitatea și complexitatea activităților curente. Nu constituie un avantaj adaptativ o nouă eucerie sau un element de viitor decât la prima vedere. Se întilnește în mod fiziologic la copii înainte de apariția (instalarea) dominanței unei emisfere, și nu are nici o semnificație patologică. În mod normal, există o dominantă a uneia din emisferile cerebrale pentru un anumit tip de funcțiuni — pentru abilitate manuală, limbaj — această emisferă fiind cea stângă. Intrarea în activitate a unei arii dintr-o emisferă atrage în mod obligatoriu activitatea ariei simetrice din emisfera opusă. Fiecare emisferă preia, din mesajele primite, acele informații pentru care ea este dominantă, le prelucreează și, astfel transformate, le transferă și celeilalte emisfere. La dreptaci, la care în marea majoritate emisfera stângă este dominantă, emisfera dreaptă conține activitatea manuală ca un ansamblu de informații călăuzitoare pe care îl transferă emisferei stângi, iar aceasta îl traduce într-o serie de acțiuni coordonate, precise. Un comisuro-

tomizat nu poate face corect un desen cu mîna dreaptă, deoarece centrul motor stîngi nu primesc informațiile spațiale călăuzitoare de la emisfera dreaptă. Astfel, lipsa dominanței și existența ambilateralității, în cazul unei leziuni unilaterale, creează dificultăți în efectuarea actelor de finețe. În aceeași ordine de idei, R. ZAZZO — citat de POPESCU — NEVEANU — afirma: „din punctul de vedere al echilibrului psihomotor, ambidextria este cea mai proastă formulă. Ajustările motorii, organizarea gestică, necesită o anumită specializare diferențială între dreapta și stînga, direcția și dominanța unei părți asupra celeilalte...”. În general ambidextria fiziologică a copiilor poate fi corijată prin exerciții speciale, menite să asigure dominanța dreptei ; acest lucru nu este posibil însă la encefalopați și afazici, datorită și faptului că, în procesul hominizării, dominanța unei emisfere cerebrale este o achiziție tirzie, pe care aceștia nu o mai pot recupera.

Este absolut necesară precizarea privind intervenția psihopedagogică în cazul existenței unei nete dominanțe a mîinii stîngi (emisfera dominantă este emisfera dreaptă în acest caz). Mai persistă prejudecata, atît în rîndul populației, cit și a cadrelor specializate, că laterali-tatea stîngă este un defect. Intervenți atunci o serie de metode care constring subiectul să-și utilizeze preponderent mîna dreaptă. Aceste metode sînt dăunătoare și ineficiente, atît pentru că performanțele realizate cu mîna dreaptă nu vor fi niciodată la înălțimea performanțelor realizate cu mîna stîngă (performanțe susținute genetic, morfofuncțional), cit și pentru că induc subiectului sentimentul că are un defect, că este diferit de ceilalți.

540. AMBIEGAL (cf. lat. *ambo* „amindoi” și *aequalis* „egal”) ● Termen propus și introdus de RORSCHACH (cu utilizare restrînsă — nu a depășit cadrul psihodiagnosticului său), pentru a evidenția un echilibru perfect (dacă el ar exista) între tendințele extratensive și cele intratensive.

541. AMBIGUITATE (cf. lat. *ambiguitas*) ● Imprecizie semantică din care decurge dualitatea (sau pluralitatea) sensurilor ce pot fi atribuite unui mesaj. La nivel lexical, ambiguitatea caracterizează cuvintele omonime, care, deși identice ca formă, denumesc obiecte deosebite (de exemplu, „capră”, „brăoscă”, „tort” etc.) ; în frază sau discurs, ambiguitatea apare ca echivoc, atunci cînd structura lor permite interpretări diferite.

Într-o accepțiune mai generală, ambiguitatea denotă caracterul scîndat, contradictoriu, hibrid sau polimorf al unui existent oare-

care, termenul fiind utilizat îndeosebi pentru caracterizarea condiției umane — ambiguă prin excelență, datorită multiplelor „dualități” ce o definesc: corporalitate-spirit activitate-pasivitate, afect-rațiune, individ-societate etc. Ambiguitatea, ca dimensiune cardinală a ontologiei ființei umane, s-a bucurat de o tratare amplă în unele teorii existențialiste. MERLEAU-PONTY și-a conceput sistemul ca „filozofie a ambiguității”, întrucît omul în deplina-i autenticitate se arată, în același timp, reflexiv și activ, retras din tumultul vieții în singurătatea meditației și, totodată, angajat în lume prin actele sale. Simone de BEAUVOIR propune o „morală a ambiguității”, eliberată de stereotipia alienantă a cișeelor atitudinale impuse de autoritatea principiilor rigide, conformiste, și axată pe spontaneitatea discernămintului moral, capabil să întuiască specificul contradictoriu și unicitatea paradoxală a fiecărei situații existențiale în parte.

În estetică, ambiguitatea limbajului artistic se referă la pluralitatea nedefinită de semnificații ce pot fi atribuite operei de artă, în procesul receptării acesteia. Dacă, pe plan teoretic, ambiguitatea discursului apare ca imperfecțiune și carență a limbajului, în artă ambiguitatea nu înseamnă echivoc și distorsiune a comunicării, ci, dimpotrivă, exprimă specificul ireductibil al mesajului estetic; aceasta este prin natura și esența sa ambiguu, întrucît nu denumește cu exactitate, ci sugerează prin intermediul imaginilor artistice, în care se contopesc elemente raționale, emoționale și perceptive, decodajul depinzînd în mod hotărîtor de concepția, experiența, sensibilitatea și spontaneitatea imaginativă a receptorului.

În psihiatrie, s-a încercat acreditarea termenului pentru a desemna incapacitatea de identificare sexuală a unor subiecți. În această accepție, conținînd o serie de neclarități, termenul este mai puțin utilizat.

Se mai poate vorbi despre ambiguitatea unor atitudini ale nevroticului, care, deși accentuează asupra dorinței sale de a se însănătoși și de a ieși din sfera simptomelor, respinge adeseori orice încercare consecventă de soluționare a conflictului și a bolii.

Tentativele suicidare ale adolescentului sînt cel mai adesea încărcate de ambiguitate: pe de o parte, subiectul refuză lumea în care trăiește, i se opune prin sacrificiul suprem, pe de altă parte, el dorește mai multă afecțiune și o mai rapidă integrare, trăgînd un semnal de alarmă, care să atragă întreaga atenție asupra sa.

Ambiguitatea simbolisticii schizofrenice, ca și a artei patoplastice, poate fi oricînd luată în discuție ca o extremă a acestei caracteristici.

542. **AMBIGUITATE SEXUALĂ** ^{sin.} → GY-NANDRIE.

543. **AMBISEXUALITATE** (cf. lat. *ambo* „ambii”; *sexus*) ● Stare a unui organism în care coexistă caracteristicile sexelor opuse sau în care conturarea sexuală nu este bine definită. Sub aspect psihic, FERENCZI a propus ca termenul de ambisexualitate să-l înlocuiască pe cel de bisexualitate.

544. **AMBITENDINȚĂ** (cf. lat. *ambo*; *tendere* „a se îndrepta”; fr. *tendance*) ● Termen folosit de L. SZONDI pentru a descrie prezența simultană a două tendințe antagoniste, care, în mod normal se exclud; autorul care, în mod normal se exclud. Termenul nu este echivalent cu cel de ambivalență.

545. **AMBITONIE** (cf. lat. *ambo*; gr. *tonos* „intensitate, energie”) ● Fulburare survenită în controlul pe care sistemul nervos central îl exercită, prin componenta sa vegetativă, asupra organelor interne, în sensul egalizării și neutralizării consecutive a acțiunii simpaticului și parasimpaticului, fiind cunoscut faptul că, în mod normal, la nivelul majorității organelor interne, există o predominanță fie simpatică fie parasimpatică, în funcție de necesitatea modularii activității lor sau punerii în repaus. În afara cazului unor glande endocrine, pentru care activitatea conjugată, de echilibru, a ambelor componente ale sistemului nervos vegetativ concure la realizarea efectului fiziologic, ambonia conduce, în general, la apariția unui dezechilibru al funcțiilor vegetative, a cărui intensitate și expresie clinică este determinată de predominanța receptorilor simpatici sau parasimpatici.

546. **AMBIȚIE** (cf. lat. *ambitio* „strădanie, ambiție”) ● Tendință personală (imbold) de mobilizare intensă a tuturor disponibilităților și energiilor în direcția realizării unui scop prestabilit (accederea la o poziție privilegiată sau superioară pe scara socială sau profesională, la un statut economic mai bun); este o trăsătură volitivă. Dorințele de glorie, succes sau onoruri, trebuința de prestigiu sau de valorizare personală reprezintă factori de focalizare unidirecțională a resurselor energetice și a capacităților unui subiect. În funcție de natura scopurilor propuse (egoiste, prejudicioare pentru ceilalți sau nobile, onorante)

și de tipul mijloacelor utilizate pentru atingererea lor (legale sau repudiate social), de caracterul adecvat al raportului aspirații-posibilități reale personale, ambiția poate deveni o trăsătură pozitivă sau negativă de personalitate. Din punct de vedere psihodinamic, unii autori o consideră un mijloc de apărare, față de complexul de inferioritate. Ambițioși, în acest sens, pot fi considerați cei care și-au depășit o deficiență sau o infirmitate, fiind binecunoscute însă doar cazurile „ambițioșilor” din galeria personajelor istorice sau din cea a creatorilor de artă.

Ambiția poate sta la baza unor acțiuni creatoare, prin stimularea spiritului de competiție, sau dimpotrivă, în formele ei negative, poate deveni stimulator a vanității, a orgoliului excesiv și a încăpăținării absurde, generând aspirații morbide spre statuate superioare pentru a căror obținere nu mai contează mijloacele, ci doar scopul. Astfel de situații pot fi întâlnite la debilul mintal, la dizarmonicul paranoic, la histrionic. În bovarism, ambiția se leagă de sentimentul de frustrare și reflectă nevoia de valorizare. În paraliza generală și paranoia, se produce un real delir ambițios, cu megalomanie.

547. AMBIȚIE NEGATIVĂ ● Reversul ambiției pozitive. Introdusă de REIK, noțiunea descrie un tip de comportament masochist, prin care individul elimină orice posibilitate de a-și îndeplini scopurile, ratând toate ocaziile favorabile, transformând orice șansă în eșec. În loc să urmeze principiul maximului avantaj pentru sine, subiectul se supune principiului minimei rezistențe, situându-se astfel în poziția de permanentă pierdere.

548. AMBIȚIOS^(D) delir ● Descriș de FALRET în paraliza generală progresivă și în paranoia (nebunia sistematizată ambițioasă sau, în concepția vechilor autori, megalomania). Ideile delirante din delirul ambițios corespund unor exaltări ale Eului, subiectul având sentimentul forței, omnipotenței, superiorității. Delirul ambițios a fost sistematizat, după tematică, de către MAGNAN, care, cu deosebită finețe psihopatologică, a subliniat și deosebirile metamorfozării tematicii acestuia în funcție de epoca istorică, ca și de personajele cu care se identifică delirantul (vezi tabel nr. IX)

În metamorfozarea delirului sistematizat, autorii clasici considerau delirul ambițios ca o cale finală, ca o formă spre care tind bolnavii, indiferent de coloratura inițială (persecutor mistic, erotic, politic, de gelozie).

Tabel nr. IX

Evul mediu	Epoca modernă
Demoniacul Teomanul Anticristul Profetul Martirul	Megalomanii (împărații, regii, președinții, mitomanii) Reformatorul Inventatorul

Persecutantul devine persecutor, acuzatul — acuzator, oprimatul — oprimator etc., ideile de persecuție fiind substituie rind pe rind cu cele megalomanice. Astăzi această evoluție tipică este mult mai rară, fiind modificată în mod esențial de intervenția terapeutică.

549. AMBIVALENȚĂ (cf. lat. *ambo* „doi”. *valere* „a avea forță, putere, valoare”) ● Tulburare a afectivității făcând parte din categoria paratiimiilor și constind în trăirea simultană și paradoxală a unor sentimente și afecte diametral opuse. Această trăire a contrariilor, specifică schizofreniei, a fost descrisă de BLEULER (1911) ca interesind voința (subiectul vrea, în același timp, să facă și să nu facă o acțiune), gândirea (subiectul evocă o idee și contrariul ei) și afectivitatea (subiectul iubește și urăște, în același timp). Ambivalența se manifestă pe plan comportamental prin acte bizare, antrenind apariția unor simptome ca apragmatismul și barajul. Ambivalența, simptom principal în schizofrenie (după BLEULER), este prezentă nu numai în psihoze, putându-se iațilni, sub o formă atenuată, și în nevroze ; împreună cu BLEULER, admitem existența unei ambivalențe normale nu numai situațional, ci chiar și existențial.

În psihanaliză, ambivalența se definește ca prezență simultană, față de același obiect, a unor tendințe, atitudini și sentimente opuse. FREUD a împrumutat termenul de la BLEULER și l-a folosit în teoria asupra transferului, în teoria pulsioniilor, în evoluția stadiilor libidinale, în teoria conflictului. În transfer, ambivalența se referă la faptul că atitudinea analizatului față de analist conține atit sentimente pozitive cit și sentimente negative. Aceste două categorii opuse de sentimente traduc ambivalența care există și în mod normal, în majoritatea relațiilor dintre oameni. Transferul poate fi negativ sau pozitiv sau se poate vehicula,

în relația transferențială, „un amestec variabil de simpatie și antipatie“. Componenta negativă a transferului (ostilitatea) este și ea semnul unui atașament afectiv, dar de sens contrar. În legătură cu pulsivitatea, ambivalența se referă la cuplul de opoziție activitate-pasivitate („motiunea pulsională activă coexistă cu motiunea pulsională pasivă“). Ambivalența apare evident în nevroză obsesională, în unele psihoze, în stările de gelozie, în depresia de doliu. În sindromul „melancolic“ (L. SZONDI), ambivalența apare în factorul m (m_{\pm}), semnificând faptul că subiectul se acroșează cu toate forțele de obiect fiind, în același timp, detașat (incertitudinea legăturii cu obiectul); în sindromul „obsesional“ (SZONDI) ambivalența se manifestă în următorii factori pulsionali: sexualitate (h), etic-moral (e), mecanismele de introiecție-refulare (k) și acroșaj (m). SZONDI numește ambivalență (sau ambiegală) reacția în cadrul căreia subiectul alege, pentru același factor pulsional reprezentat de șase fotografii, trei figuri simpatice și trei figuri antipatice. Este o reacție cu dublă polaritate, în parte acceptată, în parte respinsă înconștient de către Eu; ambivalența se referă la tendință. SZONDI admite că „forma ambivalență corespunde formeii originare a oricărei trebuințe pulsionale“. Ambivalența mai apare, după SZONDI, în sindromul sentimentului „de nefericire“ („le pont des malheureux“), în sindromul exhibiționismului larvat („le pont des exhibitionistes“), în sindromul „uniunii dualiste“ din profilul-Eului, în diverse profile ale Eului corespunzătoare diverselor stadii de dezvoltare (cele șase clase, care marchează perioadele de evoluție a Eului). După FREUD, ambivalența caracterizează și unele dintre stadiile dezvoltării libidinale (iubirea și distrugerea obiectului în stadiul sadic-oral și sadic-anal). K. ABRAHAM face din ambivalență o categorie genetică, legată de specificul relației cu obiectul în fiecare stadiu libidinal. El consideră că stadiul oral este preambivalent; ambivalența apare odată cu perioada oral-sadică sau canibalică, aceasta implicând ostilitatea față de obiect și tendința de a-l distruge.

Stadiul oral primar s-ar caracteriza, în opinia autorului citat, ca preambivalent: actul suptului reprezintă o incorporare, fără distrugerea obiectului; urmează perioada oral-sadică. Abia ulterior individul învață să menajeze obiectul. Ambivalența este depășită în stadiul genital (postambivalent). Pentru Melanie KLEIN, pulsivitatea este esențială ambivalență: „iubirea“ față de obiect conține și înclinația spre distrucția obiectului și de aici rezultă ambivalența ca o însușire a obiectului (individul

luptă pentru rezolvarea opozitelor) și clivajul obiect „bun“ și obiect „rău“, întrucât un obiect ambivalent (binefăcător și distructiv în același timp) nu poate fi tolerat. În cadrul conflictului defensiv, ambivalența este legată de motivațiile incompatibile care intră în joc: apărarea deformează reprezentările refulate, care ajung să fie de nerecunoscut și rezultă o formă de manifestare (formațiune de compromis) prin care sînt satisfăcute și dorința refulată și exigențele defensive. În această accepțiune largă, ambivalența caracterizează orice fel de atitudine conflictuală. În accepțiunea sa originară, specifică, ambivalența este proprie acelor conflicte în care sînt prezente simultan componenta pozitivă și componenta negativă a atitudinii afective (de exemplu, ambivalența sadism-masochism, în manifestarea unor pusee agresive la o persoană care, în același timp, suportă să fie tratată agresiv de o altă persoană).

Referitor la ambivalență și dualism pulsional, în teoria freudiană asupra pulsivității, iubirea își are originea în pulsivitățile sexuale, în timp ce ura ține de pulsivitățile de autoconservare și din a doua concepție a lui FREUD, conform căreia există pulsivitățile vieții și pulsivitățile morții, rezultă că ambivalența este o caracteristică veche a dualismului pulsional. În complexul Oedip, ambivalența se exprimă în cadrul conflictului (defensiv) între dorința și interdicția dorinței și complexul Oedip se află la originea unor modalități diverse ale conflictului defensiv. Se întâmplă ca, în cadrul acestui conflict, sentimentele de iubire și de ură să fie îndreptate spre aceeași persoană (de exemplu, iubire și ură față de tată sau față de un substituit al acestuia și rădăcinile profunde ale complexului Oedip în totemism: asociațiile care fixează simboluri colective, de exemplu, echivalența tată-dumnezeu — animal puternic și individul reacționează ambivalent față de acest reprezentant al autorității și al puterii, pe care-l detestă și îl iubește, în același timp, dorind să i se substituie, deci rivalizînd și încercînd să rezolve rivalitatea prin identificare).

550. AMBIVALON^(M) Elveția — DCI Amtriptilinoxid ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[a,d]cicloheptan- $\Delta^{5,7}$ -propilamină N-oxid, cu acțiune antidepresivă medie și anxiolitică. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

551. AMBIVERSIUNE (cf. lat. *ambo* „doi“; *vertere* „a întoarce“) ● Termen ce definește

un dublu atribut, un cuplu de două tendințe — mai mult sau mai puțin egale — către introversivitate și extroversivitate, existente la același subiect. Este apropiat termenului AMBIEGAL creat de RORSCHACH.

552. **AMBIVERT** (cf. lat. *ambo* ; *vertere*) ● Tip de personalitate la care sînt dezvoltate, în egală măsură, tendințele de introversivitate și extroversivitate, realizînd un echilibru relativ.

553. **AMBLICROMAZIE** (cf. gr. *amblyos* „slab” ; *chroma* „culoare”) → DISCROMATOP-SIE.

554. **AMBLINOIA** (cf. gr. *amblyos* ; *noein* „a gîndi”) — sin. AMBLITIMIE ● Termen ieșit din limbajul psihiatric curent, referindu-se la grupajul de simptome determinate de fenomenele obsesionale și interpretative, avînd ca fundal anxietatea, specifice tabloului clinic al psihozelor schizofrenice (amblioina simplă și catonică a lui EVENSON).

555. **AMBLIOPIE** (cf. gr. *amblyos* ; *ops* „vedere, privire”) ● În accepțiune generală, diminuarea funcției vederii, indiferent de etiologie. Se clasifică în: congenitală, dobîndită, temporară, permanentă.

În psihiatrie, ambliopia isterică afectează, în general, ambii ochi, fiind inconstantă ca intensitate și întindere în câmpul vizual, și se asociază, de cele mai multe ori, cu fobii, blefarospasm, lăcrimare și cu inversarea cromatică. Ambliopia toxică se produce în cazul unei toxicomanii mixte, alcoolice și tabagice, care creează un deficit tiaminic și de vitamină B₁₂, responsabil de nevrita retrobulbară asociată neuropatiei periferice și vederea centrală este redusă mai mult pentru culoarea roșie sau verde, pierderea totală a vederii survenind numai în puține cazuri.

556. **AMBLITIMIE** (cf. gr. *amblyos* ; *thymos* „spirit”) → AMBLINOIA.

557. **AMBULATOR** (cf. lat. *ambulatorius* „mobil”) ● Caracteristică a subiectului care, în cursul unei stări patologice, nu este imobilizat, poate umbla — veni și pleca și unitățile care asigură asistența medicală a acestei categorii de subiecți sînt definite drept unități medicale ambulatorii, ele realizînd asistența ambulatorie → ASISTENȚA AMBULATORIE.

558. **AM-DEX**^(M) Argentina, Italia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicat în combate-

rea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

559. **A.M.D.P.** — sistem ● Inventar general de evaluare a depresiei, introdus de HELMANN și BOBON (1981), care cuprinde patru registre destinate înregistrării psihopatologiei, datelor somatice, antecedentelor și tratamentului pentru afecțiunile psihiatrice. Cei o sută de itemi ai scalei de psihopatologie sînt definiți într-un glosar adiacent inventarului și pot fi cotați cu ajutorul unei scale de intensitate, cu cinci niveluri (absent, mediu, ușor, puternic, foarte puternic). Este aplicat deja în mai multe țări europene.

560. **AMEDRINE**^(M) Brazilia — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și același risc al dependenței.

561. **AMELARTRIE** (cf. gr. *a-* și *melos* „membru, parte a corpului” ; *arthron* „articulație”) — sin. ANGOFRAZIE → EMBOLOFRAZIE/EMBOLOLALIE.

562. **AMELECTIE** (cf. gr. *ameleia* „neglijență, indiferență”) ● Termen foarte rar utilizat, semnificînd indiferență, lipsă de interes, nepăsare.

563. **AMELOGNOZIE** (cf. gr. *a-* și *melos* ; *gnosis* „cunoaștere”) ● Tulburare de schemă corporală constînd din absența percepției unuia dintre membre.

564. **AMENOMANIE** (cf. lat. *amoenus* „plăcut” ; gr. *mania* „neburie”) — sin. CHEROMANIE ; HAIROMANIE → HABROMANIE.

565. **AMENOREE** (cf. gr. *a-* și *mēn* „lună” ; *rhein* „a curge”) ● Absența menstruației — în afara sarcinii — la o vîrstă la care, în mod normal, este prezentă. Amenoreea poate fi primară sau secundară — în cazul în care a existat în antecedente. În funcție de circumstanțele etiologice, se poate vorbi de amenoree gonoforică, ovariană, determinată de afecțiunile altor glande endocrine, neurohipotalamo-adenohipofizară, cu ambiguitate sexuală și de cauză generală.

Tulburările psihice care însoțesc absența menstruației sînt legate, în majoritatea cazurilor, de afecțiunea de fond : astenia, adinamia și iritabilitatea din boala Addison ; depresia, anxietatea, labilitatea emoțională, tulburările mnezoprosexice și, uneori, manifestările ase-

mănătoare celor din psihoza maniaco-depresivă care apar în hiperkorticism ; bradipsihia, bradialia, bradikinezia și, uneori, deficitale psihice majore din insuficiența tiroidiană ; hiperkinezia însoțită de fatigabilitate, insomnii și, uneori, de reacții maniaco-depresive, schizoide, paranoide din hipertiroidie ; tulburările psihice de tip anxios-depresiv din sindromul amenoree-galactoree (tip Chiari-Frommel).

O mare parte din simptomatologia psihică este legată de însăși absența menstruației, resimțită ca o frustrare de un atribut esențial al feminității. În accesul depresiv al psihozei maniaco-depresive, tulburările de ciclu sînt frecvent semnalate, de la hipomenoree cu bradimenoree, pînă la amenoree. S-a presupus existența unui paralelism între gravitatea depresiei și inhibiția funcției gonadotrope. Amenoreea se poate produce și în timpul episodului maniacal. Aceste observații au condus la încercarea de a elucidă unele aspecte legate de etiopatogenia psihozei maniaco-depresive prin rolul prolactinei (hormon cu structură proteică, secretat de adenohipofiză în funcție de starea fiziologică, a organismului femeii — ciclu menstrual, sarcină, lactație), care intervine în patologia menstruală de tip amenoreic prin creșterea titrului său. S-a constatat că creșterea secreției acestui hormon este mai accentuată în cazul bolii afective bipolare decît în cazul celei unipolare. Există mai ales, o alterare a ritmului circadian al prolactinei, cu creșterea virfului maximal nocturn. Anomaliile prolactinei reflectă probabil, o disfuncție monoaminergică, exprimată prin acțiunea inhibitorie a dopaminei și prin cea stimulatorie a serotoninei asupra secreției sale.

Amenoreea se întîlnește frecvent și în stadiile acute ale schizofreniei. Traumatismele craniocerebrale, luesul — înglobează în tabloul lor clinic amenoreea care semnaleză, în aceste cazuri, o afectare a funcției hipofizare. Tratamentul cu neuroleptice, mai ales cu cele incisive, realizează un blocaj al receptorilor dopaminergici, ducind la absența acțiunii frenatorii a hipolattamusului asupra secreției de prolactină, ceea ce determină apariția sindromului amenoree-galactoree. Substanțele anti-depresive induc și ele, printre alte efecte secundare, amenoreea.

Amenoreea psihogenă este o amenoree de tip secundar — denumită de unii autori amenoree secundară hipotalamică, cu o frecvență relativ crescută. În etiopatogenia sa intră diverși factori din mediul extern, care pot acționa asupra sistemului nervos central. Astfel, traume psihice variate, teama de sarcină, schimbarea modului de viață sau a cliimei,

emoțiile puternice negative sau chiar pozitive pot provoca oprirea bruscă a menstruelor. Patogenia acestor forme de amenoree poate interesa întregul ax neuro-hipotalamo-adenohipofizo-ovarian. Un mecanism posibil ar constă în suprimarea stimulilor dienecefalici necesari secreției de hormoni luteinizanți hipofizari și secreția exclusivă de hormoni foli-culino-stimulanți. Dereglarea neurosecreției poate determina și o hiperprolactinemie, în care caz amenoreea se însoțește de galactoree (sindrom amenoree-galactoree).

O altă ipoteză presupune un mecanism ne-hormonal de producere a amenoreei, ca urmare a influențării directe a ovarului prin intermediul terminațiilor nervoase locale. Anatomopatologic, în amenoreea psihogenă se evidențiază o distrofie scleroasă a ovarelor și hipotrofia endometrului. Clinic se constată lipsa de răspuns la proba de stimulare cu doze normale de hormoni gonadotropi. De regulă, după suprimarea cauzelor care determină amenoreea psihogenă, ciclul menstrual revine la normal, în mod spontan. Tratamentul amenoreei este etiologic.

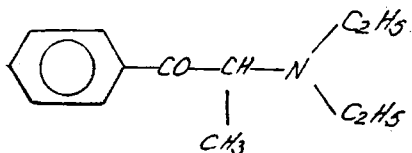
566. **AMENTIA** (cf. gr. *a-* ; lat. *mens* „minte”).
● Termen introdus în 1869 de Theodor Hermann MEYNERT (1833—1892), fiziolog și neurolog german, în lucrarea sa „Der Bau der Grosshirnrinde und seine örtliche Verschiedenheit” (Structura scoarței cerebrale și diversitatea ei topografică). Desemnează o tulburare de tip confuzional a conștiinței, constînd în modificarea predominant calitativă a structurii cîmpului de conștiință, prezentă, după opinia lui MEYNERT, în toate psihozele. Tabloul este dominat de incoerență, dezorientare și agitație extremă, dezordonată, vorbirea subiectului devenind deseori neînțeligibilă. Evoluția este discontinuă, putînd apărea, inconstant, perioade stuporoase. KRAPELIN a asociat, la tabloul lui MEYNERT, dezorientare accentuată, iluzii, idei delirante, oscilații afective care evoluează pe fondul prăbușirii fizice. De menționat că autorii anglo-saxoni identifică amentia cu oligofrenia.
Din cauza improprietății termenului, acesta nu mai este folosit astăzi.

567. **AMEPROMAT^(M)** Austria — DCI *Me-probramat* ● Tranchilizant, derivat propandiosin.
lic → **MEPROBAMAT^(M)** România.

568. **AMEȚEALĂ** → VERTIJ.

569. **AMFEPRAMONE^(D.C.I.)** ● Amină simpaticomimetică anorexigenă de tip 2-(dietilamino-propiofenonă; cu dublă acțiune: stimulatorie și lipolitică.

Efectele stimulatorii asupra sistemului nervos central sînt inferioare celor ale amfetaminelor, iar cel anorexigen este mediu, de tipul fenmetrazinei. Are efecte secundare moderate (digestive, cardiovasculare, alergice).



Utilizarea îndelungată, în doze mari, poate produce tulburări psihice de intensitate psihotică. Este contraindicat în sarcină, alăptare, hipertiroidie, boli cardiovasculare. Poate produce obișnuință și dependență. Nu se asociază cu produse IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ABULEMPAX ^(M)	Brazilia
ADIPAN ^(M)	R.F.G.
ADIPOSAN ^(M)	Elveția
ADIPYN ^(M)	Elveția
ALIPID ^(M)	Argentina
ANFAMON ^(M)	R.F.G.
ANOREX ^(M)	Franța
ANOREXINE ^(M)	Canada
APISATE ^(M)	Olanda
BONUMIN ^(M)	Finlanda
BRENDALIT ^(M)	Argentina
CEGRAMINE ^(M)	Portugalia
DANYLEN ^(M)	Suedia
DECA-PROPION ^(M)	Canada
DELGAMER ^(M)	Spania
D.E.P. ^(M)	S.U.A.
DERFON ^(M)	Franța
DETIPRON ^(M)	Mexic
DIEPROPON ^(M)	Norvegia
DIETEC ^(M)	Canada
DIETIL ^(M)	Belgia
DIMEN ^(M)	Iugoslavia
D.I.P. ^(M)	Canada
DOBESIN ^(M)	Danemarca
DUALID ^(M)	Brazilia
FREKENTINE ^(M)	Olanda
LINEA ^(M)	Italia
LINEAL ^(M)	Elveția
LIPOMIN ^(M)	Spania

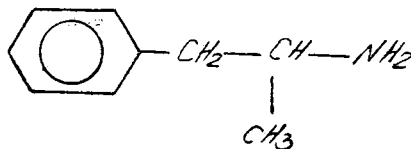
LIPOSLIM ^(M)	Italia
MAGRENE ^(M)	Italia
MAKETHIN ^(M)	Italia
MENUTIL ^(M)	Belgia
MODERATAN ^(M)	Franța
NEOBES ^(M)	Mexic
NEOBESINE ^(M)	Canada
NOVO REDUGRAS ^(M)	Argentina
NU-DISPOZ ^(M)	S.U.A.
NULOBES ^(M)	Argentina
PRÉFAMONÉ ^(M)	Elveția, Franța
REGENON ^(M)	Austria, Elveția
REGIBON ^(M)	Canada
REGIM ^(M)	Brazilia
RO-DIET ^(M)	S.U.A.
SLIM-PLUS ^(M)	Elveția
TENUATE ^(M)	Elveția, S.U.A.
TEPANIL ^(M)	Australia, S.U.A.
TERMIRAN DOSPAN ^(M)	Brazilia
TYLINAL ^(M)	Suedia

570. AMFESERPIN^(M.C) Turcia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiuni diferite, dar care se completează. Este compus din:

- RESERPINA^(M) — derivat de Rauwolfia
- METAMFETAMINĂ^(M) — noanaleptic, derivat feniletilaminic.

Are acțiuni neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare moderate.

571. AMFETAMINE^(D.C.1) ● Derivați feniletilaminați de tip (±)-α-metilfenilamină, cunoscuți și sub numele de AMINE PSIHOTONE sau PSIHAMINE, cu acțiuni stimulatorie fizică (creșterea activității neuromusculare, a tensiunii arteriale, a amplitudinii respirației)



și mai ales psihică; senzația lipsei de oboseală, îndepărtarea somnului, stimulare intelectuală.

Această acțiune tonică a determinat auto-administrarea abuzivă, pînă la toxicomanie. În clinică, nu sînt utilizate decît în tratamentul narcolepsiei și pentru combaterea efectelor

secundare ale altor psihotrope: neuroleptice, antidepressive, antiepileptice. Tentația pentru drog este generată și de valențele anorexigene ale amfetaminei, care o face utilă în combaterea obezității. Toxicomania determină creșterea continuă a dozelor și dependență. Primele simptome de intoxicație, care apar de la doze relativ mici, sînt: anorexie, insomnie, agitație psihomotorie cu confuzie și delir halucinator. Pe plan mondial există un număr relativ ridicat de astfel de produse, avînd la bază principiul activ — amfetamina:

ACTEMIN ^(M)	Argentina
AKTEDRON ^(M)	Austria, Ungaria
AMFETAMIN ^(M)	Danemarca
AMFETASUL ^(M)	S.U.A.
AMITRENE ^(M)	Belgia
AMPHATE ^(M)	S.U.A.
AMPHEDRINE ^(M)	S.U.A.
AMPHETAMIN ^(M)	Elveția
AMPHOIDS S ^(M)	Anglia
ANARA ^(M)	Ungaria
BADRIN ^(M)	Australia
BENZEDRIN ^(M)	S.U.A.
BENZEDRINE ^(M)	Canada,
BENZEDRYNA ^(M)	Polonia
CENTRAMINA ^(M)	Spania
CORYDRANE ^(M)	Franța
DELCOBESE ^(M)	S.U.A.
DIETAMINE ^(M)	S.U.A.
ELASTONON ^(M)	R.F.G.
FENAMIN ^(M)	U.R.S.S.
FORDEX ^(M)	S.U.A.
LEPTAMINE ^(M)	S.U.A.
LINAMPHETA ^(M)	S.U.A.
LIPO-PERDUR ^(M)	Portugalia
MONETAMIN ^(M)	Franța
MONOPHOS ^(M)	S.U.A.
NOVYDRINE ^(M)	Israel
OBESIN ^(M)	Italia
OBETROL ^(M)	S.U.A.
ORTÉDRINE ^(M)	Franța
PHENAMIN ^(M)	U.R.S.S.
PHÉNÉDRINE ^(M)	Elveția
PROFAMINA ^(M)	Portugalia
PROFETAMINE ^(M)	S.U.A.
PSYCHEDRIN ^(M)	Polonia
PSYCHEDRYNA ^(M)	Polonia
PSYCHOTON ^(M)	Cehoslovacia
RACEPHEN ^(M)	S.U.A.
RAPHETAMINE ^(M)	S.U.A.
SIMPAMINA ^(M)	Italia
SIMPATINA ^(M)	Spania
THEPTINE ^(M)	S.U.A.

572. AMFETASUL^(M) S.U.A. → AMFETAMINE^(DCI).

573. AMFIEROTISM (cf. gr. *amphi* „de ambele părți” și *eros* „iubire”) ● Tulburare de identificare sexuală, exprimată la nivelul personalității, descrisă de FERENCZI. Subiectul oscilează în a-și stabili apartenența la unul dintre cele două sexe sau încearcă identificarea simultană cu ambele sexe. Termenul este destul de neclar (și aceasta nu numai datorită faptului că descrie o ambiguitate) și de aceea puțin utilizat.

574. AMFIGENEZA (cf. gr. *amphi*; gr., lat. *genesis* „naștere”) ● Situație biunivocă a unor subiecți homosexuali, de a putea întreține alternativ și relații heterosexuale. Diferențiat prin această de grupa homosexualilor absoluți, acești subiecți sînt mai abordabili din punct de vedere terapeutic, avînd un acces mai larg spre calea normalizării comportamentului sexual.

575. AMFOTONIE (cf. gr. *amphi*; tonos „energie”) sin. AMBITONIE.

576. AMIANELUN^(M) Spania — DCI Amiritriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat din benzocicloheptanic ^{sin.} → AMITRIPTILINĂ^(M) România.

577. AMICIL^(M) U.R.S.S. — DCI Benactizînă ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Trebuie cunoscute acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

578. AMICOFOBIE^(F) (cf. gr. *amyche* „zgîrietură”; *phobos* „frică”) ● Termen semnificînd teama de a fi zgîriat, fără o altă precizare, fapt care a dus la neutilizarea sa, deoarece desemnează o situație particulară — prin generalitatea ei — fără a preciza obiectul generator al acțiunii (corp ascuțit, animale, semeni), deci cu identificare prea largă de obiect, evidențiind numai situația fobogenă.

579. AMIEL *Henri Frederic* (1821—1861) ● Scriitor elvețian, a cărui celebritate literară este cu mult depășită de contribuția deosebită pe care a adus-o psihopatologiei, prin publicarea postumă (1883) a lucrării sale „Fragments d'un journal intime” în care, cu o remarcabilă capacitate de autoanaliză, își descrie stările de depersonalizare și derealizare. De altfel, termenul de depersonalizare îi aparține.

580. **AMILENT**^(M) Anglia ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzosicloheptanic sin.
→ **AMITRIPTILINA**^(M) România.

581. **AMILIT**^(M) Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează:

- **AMITRIPTILINA**^(M) — timoleptic;
 - **LITIU CARBONAT**^(M) — timoizoleptic;
- Are acțiune timoizoleptică.

582. **AMILOFAGIE** (cf. gr. *amylon* „amidon, făină”; *phagein* „a mânca”) ● Formă de aberațiilor alimentare (pica), care constă în ingestia unor mari cantități de amidon (în cele mai diverse forme de prezentare, din care nu se exclud scrobeala, soluțiile de lipit etc.). Se asociază, după W. GREEN (1985), cu grave anemii marțiale. Este mai frecventă la unii oligofreni care au contact cu industria amidonului.

583. **AMIMIE** (cf. gr. *a-* ; *mimia* „imitație”) ● Modificare a mimicii, ca formă de comunicare nonverbală, susținută de factori emoționali și ideativi. Modificarea patologică a mimicii interesează intensitatea expresiei ei și constă în diminuarea mobilității și expresivității acesteia pînă la imobilitate. Întrucît mimica cuprinde ansamblul modificărilor fizionomiei, corespunzătoare atitudinilor și gesturilor subiectului, în amimie mimica nu mai poate fi utilizată adecvat, în raport cu ideea pe care subiectul vrea s-o exprime. Aspectul motor al amimiei constă în incapacitatea subiectului de a imita expresiile faciale și gesturile celorlalți sau în reproducerea necorespunzătoare a propriilor gânduri și sentimente. Există și un aspect senzitiv sau perceptiv al amimiei, în care gesturile celorlalți nu sînt înțelese sau sînt înțelese greșit. Întîlnită mai puțin frecvent, dar avînd o semnificație majoră în sindromul catatoncic, această tulburare constă în inexpressivitatea faciesului, cu privire în gol, expresia împietrită semnificînd autismul. În stupoarea melancolică, faciesul este împietrit în durere, cu omega melancolic. În sindromul de impregnare neuroleptică, amimia este însoțită de alte fenomene, ca plafonarea privirii, protruzia limbii etc.

584. **AMINE BIOGENE** (fr. *amine* ; cf. gr. *bios* „viață” ; *gennan* „a naște”) ● Din punct de vedere chimic sînt derivați organici de amoniac, în care atomii de hidrogen sînt înlocuiți prin radicali organici. Aminele biogene, numite și proteinoгене, sînt substanțe aminice

care rezultă din reacția de decarboxilare a α -aminoacizilor. Din această grupă de substanțe fac parte: putresceina, cadăverina, tiramina, histamina și serotonina. Ultimele două sînt implicate în activitatea sistemului nervos central. Serotonina face parte din grupul de neurotransmițători, iar histamina are efecte vasomotorii.

585. **AMINE HIPOTALAMICE** ● Hipotalamusul conține concentrații crescute de noradrenalină și 5-hidroxi-triptamină, a căror intervenție în termoreglare a fost sugerată de date experimentale. Astfel, 5-hidroxi-triptamina, injectată în ventriculul lateral la pisică, determină o creștere a temperaturii, în timp ce noradrenalina are efecte inverse. Efecte similare se pot observa la ciine și maimuță, în timp ce la iepure rezultatele sînt contrarii: noradrenalina crește temperatura, în timp ce 5-hidroxi-triptamina o scade.

586. **AMINE PSIHOTONE** (cf. gr. *psyche* „suflet” ; *tonos* „energie”) ● Grup de substanțe cu structură chimică de tip amină, aparținînd clasei noanalepticelor (DENIKER), cu efect de stimulare a vigilenței sau psihoenergizant, avînd drept reprezentanți principali amfetamina și derivații săi. În literatura de specialitate, termenul de amine psihotone (psihamine) se confundă practic cu cel de amfetamine, deși există și substanțe care sînt similare farmacologic amfetaminei, dar sînt diferite chimic de aceasta (metilfenidatul). În același timp, efedrina, deși este și ea o amină simpatomimetică (cu discrete proprietăți psihostimulente), nu este menționată ca psihoton, din cauza acțiunilor ei predominant periferice,

Problema aminelor psihotone a suscitat mai puțin discuții legate de utilizarea lor în clinică (ca psihostimulente sau ca anorexigene) și mai viu discutate au fost aspectele de „doping”, care s-au ivit în perioada celui de al doilea război mondial, cînd asemenea substanțe intrau în pregătirea soldaților pentru luptă sau, ulterior, în cazul unor competiții sportive. Accesul relativ facil la aceste medicamente în țările occidentale, în vederea înlăturării oboselii provocate de stress-ul cotidian sau al impunerii unei greutăți corporale „la modă”, a constituit și ocazia prin care psihofarmacologia a ajuns să cunoască un nou tip de intoxicație, cu toate avatarurile sale.

Fiînd structurate chimic după modelul adrenalinei, acțiunea psihaminelor determină creș-

terea eliberării catecolaminelor, stocate în formă inactivă, din veziculele juxtasinaptice (AXELROD, BURN, RAUD). Se discută, de asemenea, despre un mod direct de acțiune asupra receptorilor catecolaminici, ca și despre inhibiția activității unor enzime ca dopaminoxidaza și monoaminoxidaza (GOLDSTEIN). Pe aceste căi, toate aminele psihotone stimulează sistemul reticulat ascendent.

Studiul farmacodinamic pe animale a stabilit o serie de proprietăți :

- determină o stimulare a motricității până la agitație și hipermotilitate (mişcare fără deplasare) §
- cresc tensiunea emoțională (animalul prezintă „reacția de alarmă” clasică, manifestată prin neliniște, agresivitate, ca și cum l-ar aștepta un pericol imediat) §
- facilitează învățarea, astfel încât condiționarea se poate face mult mai ușor, iar memorizarea este excepțională §
- sub influența psihotonelor, animalul devine sensibil la stimuli secundari §
- scad nevoia de somn și antagonizează hipnoticele §
- au un efect antireserpinic §
- antagonizează efectele depresoare și cataleptizante ale fenotiazinelor și antihistaminicelor §
- au o acțiune anorexigenă §
- au acțiune simpatomimetică asupra sistemului cardiovascular §
- au efect bulbar analeptic respirator și bronhodilatator.

DELAY și PICHOT au studiat efectele psihotrope ale aminelor psihotone și au comunicat câteva observații interesante : ingestia orală de amfetamine declanșează o stare euforică, o creștere a dorinței de acțiune, asemănătoare unei stări hipomaniacale. Creează nu numai impresia de luciditate, dar determină și creșterea capacității de concentrare, ușurința de a lucra (obiectivată de altfel, psihometric de PICHOT și PERSE), precum și creșterea acuității senzoriale. Consumatorul de amine psihotone lucrează repede și cu precizie (spre deosebire de cocainoman, căruia îi dispăre precizia), dar după o perioadă de randament crescut apar erori și neglijențe, rezultate fie din euforia care conduce la pierderea controlului, fie din supradoză, care este, de regulă, inevitabil. Nevoia de somn și de hrană este scăzută. Nedormind și nemîncînd, în final se instalează epuizarea, acompaniată de depresie, hipotensiune arterială, astenie marcată și un cortegiu de tulburări hipnice.

Aceste manifestări, alături de semne somatice însoțitoare (hipertermie, hiperhidroză, tahicardie, tremor al extremităților) și de posibile iluzii vizuale sau auditive, reprezintă etapa intoxicației acute cu amine psihotone. În ceea ce privește intoxicația cronică, ALLIEZ descrie următoarele etape :

- Faza intoxicației pasagere, cu doze mici, reversibilă în câteva zile prin tranchilizante și hipnotice, constînd dintr-o scurtă stare depresivă, anxietate și sus-rescitare.
- Dozele mari luate timp de câteva săptămîni conduc la apariția unei simptomatologii maniacale, cu mare agresivitate, care cedează la neuroleptice sedative de tip Clorpromazin și Levomepromazin. Dozele în jur de 800 mg/zi determină apariția stărilor confuzionale halucinator-delirante, al căror prognostic este același ca și al psihozelor acute clasice.

Observațiile asupra intoxicației cronice cu amine psihotone au fost făcute în ultimele patru decenii (STAEHELIN și SPEER, 1944 § BINDER, 1945) subliniindu-se, pe de o parte, mecanismul de amplificare a simptomatologiei psihotice la schizofrenii remiși care abuzau de amfetamine și, pe de altă parte, tulburările de afectivitate și comportament, implicînd neglijarea aspectelor etico-morale și intrarea în delincvență la subiecții tineri ce recurg la dopaj.

Începînd cu ultimul deceniu, s-a putut beneficia de descoperirea unui antidot pentru cazurile de supradoză sau toxicomanie : Methysergide, antagonistul serotoninei (TICE și SPOONER, 1970).

Nu trebuie uitat însă că, pe lângă pericolul toxicomaniei, supradozajul creează și posibilitatea unor accidente cu urmări severe § prezentăm, în acest sens, după SCHULTE, date comparative privind dozele active și cele letale ale citorva amine sintetice (Tabelul X).

Aminele psihotone intră totuși în compoziția citorva produse medicamentoase complexe (asocieri medicamentoase) care le măresc aria indicațiilor : asocieri psihotone (DOPAMINA^(M), KINORTIM^(M), MAXITON^(M)) § asocieri analgice (CORIDRAME^(M)) § asocieri antiepileptice.

Tabloul comparativ privind acțiunea citorva amine psihotone este prezentat în Tabelul XI.

Cu toate aceste riscuri, avînd în vedere și efectul lor terapeutic benefic, există în uzul curent numeroase medicamente avînd drept principiu activ aminele simpaticomimetice →

Tabel nr. X

Nume	Cea mai mică doză activă (mg/kgc)	Cea mai mică doză letală (mg/kgc)
Amfetamina	0,25	10
Dexamfetamina	0,125	10
Feniletilamina	80	160
Mefentermine	8	128
Metilamfetamina	0,25	8

Tabel nr. XI

Substanța	Acțiune psihostimulentă	Efect anorexigen
Califan	+++	+++
Clorpheniramin	+	++
Dexamfetamina	++++	++++
Etilamfetamina	++	+++
Exazimedrina	+++	+++
Phacetoperan	+++	+
Phentermin	+++	+++

AMFETAMINE, DEXAMFETAMINE, FENILETILAMINE, ETILAMFETAMINE, METILAMFETAMINE etc.

Astfel, în psihiatrie, aminele psihotone continuă să fie indicate în următoarele situații: stări de hipo- și abulie (se vor asocia întotdeauna cu anxiolitice), astenie marcată, sindromul hiperkinetic la copii (fond microschelar), narcolepsia, cataplexia. Nu există încă suficiente date care să ateste utilitatea folosirii acestor substanțe în cazul depresiei.

J. DELAY introduce noțiunea de „șcc amfetaminic” — administrarea i.v. a 20—30 miligrame, în scop diagnostic și atunci când devine necesară întreruperea unui negativism schizofrenic sau spargerea blocadei pituitice. Injectarea rapidă a metilamfetaminei determină o descătușare emoțională cu logoree, relevarea simptomatologiei delirante încapsulate, facilitând contactul psihoterapeutic.

587. AMINOACIZI (AA) — sin. ACIZI AMINAȚI • Substanțe organice care constituie elementele de bază din structura proteinelor. În structura lor moleculară intră atit gruparea

carboxilică ($-\text{COOH}$), cit și cea aminică ($-\text{NH}_2$). Clasificarea aminoacizilor se poate face după numeroase criterii, unul dintre cele mai importante fiind biosinteza acestor substanțe. Astfel, o parte dintre AA pot fi sintetizați în organism, în timp ce o altă parte — denumiți AA esențiali — nu pot fi asigurați organismului de procesele metabolice. Datorită acestui fapt, este indispensabilă prezența următorilor AA în alimentație: histidina, lizina, triptofanul, fenil-alanina, cisteina, metionina, treonina, leucina, izoleucina și valina.

Alături de AA esențiali, în structura proteinelor mai intră și alanina, prolina, glicocolul, serina, tirozina, asparagina, glutamina, acidul aspartic, acidul glutamic, arginina, precum și AA derivați din aceștia, care se află în cantitate mică în anumite proteine, specializate prin funcțiile pe care le îndeplinesc.

Din punct de vedere biochimic, un interes deosebit îl prezintă: sarcozina și betaina, care provin din metilarea glicocolului și β -alanina din structura unor dipeptide importante biologice (cernozina și anserina), precum și din

structura coenzimei A și a acidului pantotenic (vitamină din complexul B) și GABA (acidul gamaaminobutiric) — cu roluri importante, metabolic și funcțional, la nivelul țesutului cerebral și ornitina și citrulina, implicate în biosinteza hepatică de uree.

AA din organism au surse de proveniență diferite :

- alimentară (AA esențiali) §
- sinteze metabolice (AA neesențiali) §
- dislocarea proteinelor proprii în cadrul proceselor de reînnoire metabolică a acestora.

AA proveniți din toate aceste surse se constituie într-un fond metabolic comun, în cadrul căruia echilibrul intrărilor și ieșirilor contribuie la echilibrul azotat al organismului.

În afara funcției principale de a participa la sinteza moleculelor proteice, AA iau parte la numeroase reacții de biosinteză, pentru care furnizează fie gruparea aminică, fie gruparea carboxilică și, de asemenea, în anumite condiții, pot constitui surse de energie.

Variațiile patologice ale nivelului plasmatic al AA liberi sînt legate de erori metabolice înnăscute. Acestea stau la baza unor sindroame de mare severitate, asociate frecvent cu debilitate mentală, și sînt incompatibile cu viața. La nivelul sistemului nervos central, AA se află în cantități apreciabile atît sub formă liberă, cit și sub formă de structuri proteice complexe. Noile concepții privind mecanismele neurotransmiterii la nivel de sistem nervos central includ numeroși AA în categoria mediatorilor chimici. Astfel, au fost identificați AA al căror rol la nivelul neuromediației este excitator (acid glutamic, aspartic, cisteic, homocisteic), precum și AA cu rol inhibitor (GABA, glicina, taurina, beta-alanina).

588. AMINOPROMAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină) de tip 10-/2,3-bis(dimetilamino)propil/fenotiazină, cu acțiune neuroleptic-sedativă și antihistaminică § constituie principiul activ pentru doi produși farmaceutici :

LISPAMOL^(M) Franța
LORUSIL^(M) R.F.G.

589. AMINOREX^(DCI) ● Derivat oxazolic aminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolină, cu acțiune psihostimulentă și efecte simpaticomimetice practic nule § constituie principiu terapeutic activ pentru doi produși farmaceutici :

APIQUEL^(M) S.U.A.
MENOCIL^(M) Elveția, R.F.G.

590. AMINTIRE (cf. lat. *ad-§ mens* „minte”) ● „Reactualizare prin reproducere a unor fapte memorate, evocate, destocate. Intervine spontan, asociativ sau prin explorarea intențională și sistematică a structurilor memoriei” P. POPESCU — NEVEANU — Dicționar, de psihologie).

În psihiatrie, se conferă o semnificație psihopatologică AMINTIRILOR OBSESIVE →. În psihanaliză, apare noțiunea de AMINTIRE ECRAN →.

591. AMINTIRE ECRAN ● Amintire în aparență fără importanță, dar relatată de subiect cu mare claritate și precizie § este o formațiune de compromis care maschează fantasmele inconștiente. În opoziție cu conținutul neimportant, semnificația amintirii ecran este foarte mare, ea cuprinzînd (în concepția lui FREUD) tot esențialul vieții infantile. ADLER atribuie semnificații primelor amintiri din anii copilăriei și le dă valoare instrumentală în tehnica psihoterapeutică ce îi poartă numele. Astfel, amintirile legate de mamă reflectă raporturile subiectului cu mediul său familial § pericolele, accidentele sau pedepsele reprezintă elemente ostile din viață § nașterea unui alt copil semnifică situația de copil „detronat” din supremația sa § boala sau moartea denotă interesul subiectului pentru astfel de pericole și dorința de a le depăși.

592. AMINTIRE OBSESIVĂ ● Reprezintă obsesii ideative, referindu-se deci la o tulburare globală a gândirii, a valorizării judecăților și raționamentelor. Aceste obsesii sînt constituite din trăiri, de obicei, cu caracter neplăcut, jenant, penibil pentru subiect, care invadează gîndirea în mod repetat, avînd un răsunset afectiv negativ, deși sînt dezactualizate. Pot apărea și la subiecții normali aflați în stare de oboseală : o melodie, o frază sau un cuvînt, odată auzite, se fixează în memorie și revin mereu ca amintire obsesivă, căpătînd caracter persistent și bruind activitatea psihică normală. Ele pot dispărea în cîteva zile sau în cîteva săptămîni. În patologie, se întîlnesc în sindromul obsesivo-fobic din : nevroza obsesivo-fobică, decompensările personalităților psihastenice, debutul psihasteniiform al schizofreniei, psihoza maniaco-depresivă unisau bipolară, intoxicațiile acute, encefalita epidemică, epilepsie.

593. AMIOSTATICA criză — sin. CRIZA sin.
AKINETICA DOOSE § CRIZA STATICA →
PETIT MAL AKINETIC.

594. AMIOTONIE CONGENITALĂ →
OPPENHEIM^(B) boală.

595. **AMIPERM**^(M) Anglia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează :

- **AMITRIPTILINA**^(M) — timoleptic ?
- **FLUFENAZINA**^(M) — neuroleptic sedativ.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

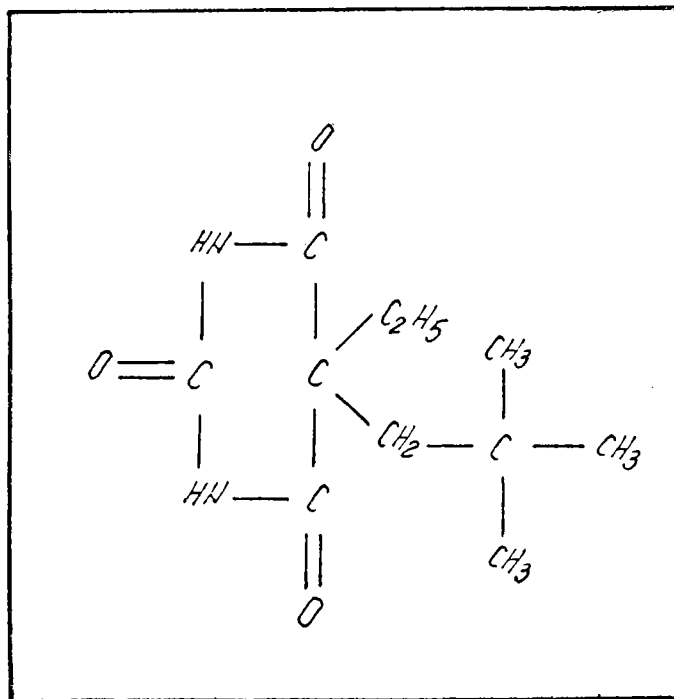
596. **AMIPHAN**^(M) Japonia — DCI *Triptofan*

● Psihotrop cu structură L (-) triptofan, cu acțiune antidepresivă moderată și sedativ-hipnotică bună. Nu are practic efecte secundare și are o singură contraindicație — insuficiența hepatică.

597. **AMIPRIN**^(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzosin. \rightarrow **AMITRIPTILINA**^(M) România.

(aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune : anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențind însă reflexele conducătorilor auto. Indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, util în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

601. **AMITACON**^(M) Ungaria — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Sînt importante acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.



AMITAL

598. **AMIPROL NYCAPS**^(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic \rightarrow **DIAZEPAM**^(M) România.

599. **AMIPTANOL**^(M) Japonia sin. **AMITRIPTILINA**^(M) România.

600. **AMISAL**^(M) Franța — DCI *Alimemazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic

602. **AMITAL** ● Produs barbituric obținut după 1935, cînd gama largă a medicamentelor sintetizate, pornind de la acidul barbituric, a permis utilizarea lor diferențiată în clinica medicală (anestezie, psihiatrie, neurologie etc.). Substanța chimică se numește amobarbital, și este combinată, de obicei, cu săruri de sodiu, produsele fiind cunoscute sub denumirea co-

mercială de AMITAL SODIC^(M), EUNOC-TAL^(M), BINOCTAL^(M) (amobarbital + secobarbital); se prezintă sub formă de soluție injectabilă i.v., în concentrație de 2-3%, sau sub formă de comprimate; preparatul românesc este DORMITALUL^(M). Durata acțiunii este între scurtă și medie (5-6 ore), instalarea producându-se în 30 minute (în asociația realizată prin produsul BINOCTAL, se produce în 20 minute). Soluția de amitil sodic 2-3% se injectează i.v. lent (atenție la difuzarea paravenoasă, care poate genera necroze tisulare datorită alcalinității sărurilor de sodiu) și este preferată, în psihiatrie, altor barbiturice pentru efectul dezinhibant și euforizant pe care-l realizează. Se folosește în: subnarcoza barbiturică de investigație și psihoterapeutică;

- ca sedativ (± neuroleptice sedative) în stările de agitație psihomotorie;
- corector (± antiparkinsoniene, antihistaminice, vitamina B₆, neuroleptice sedative) în crizele diskinetice acute, secundare terapiei cu neuroleptice incisive;
- în terapia prin somn prelungit.

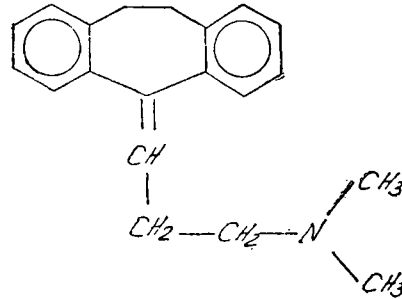
O atenție aparte o merită incompatibilitatea pe care o realizează cu alte substanțe medicamentoase, administrate în soluții i.v. concomitent cu amitilul sodic: cefalotina, codeina, hidrocortizon (hemisuccinat), hidroxizina, insulina, streptomycină, tetraciclina, vancomicina. Amobarbitalul sodic are o largă întrebuintare ca: hipnotic, pentru inducerea somnului și în preanestezie; sedativ, în stările de excitație psihomotorie. Unii autori au obținut rezultate bune folosind metoda dezinhibiției orale prin administrarea unei doze unice orale de 400-600 miligrame. Există riscul dependenței, deci nu se recomandă întreruperea bruscă a tratamentului, putând apărea fenomene de sevraj.

603. AMITREN^(M) Belgia — DCI *Amfetamină*
● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică → AMFETAMINE^(DC1)

604. AMITRIPTILINĂ^(M) România
AMITRIPTILINE^(DC1) ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic, de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzoc/a, d/-cicloheptene-Δ^{5,7}-propilamină, cu o structură chimică asemănătoare tioxantinelor, cu efecte antidepresive și anxiolitice certe și valențe anticolinergice, antihistaminice și anti-serotonice.

Are, de asemenea, efecte sedativ-hipnotice, spre deosebire de imipramină, cu ale cărei efecte antidepresive este comparată. Indicată în

accesele depresive (psihoza maniaco-depresivă), depresii de involuție, depresii reactive și depresii nevrotice; contraindicații: intoleranța față de antidepresivele tricyclice, sub 15 zile de la un tratament IMAO, postinfarct miocardic



(4-8 săptămâni), copii sub 10-12 ani, psihoze — forme delirante, epilepsie și nu are contraindicații ferme în cazul glaucomului sau al adenomului de prostată — necesită numai precauții și control. Prezintă unele reacții adverse: uscarea mucoasei bucale, constipație, vertij, greață, somnolență, hipotensiune — efecte ce trebuie doar combătute, fără a se renunța, în nici un caz, la continuarea tratamentului și uneori, pot apărea convulsii, confuzie, dizartrie. Constituie principiul activ pentru numeroși produși farmaceutici.

Cei mai bine cunoscuți sînt:

- LAROXYL^(M) Belgia, Elveția, Franța, R.F.G. Italia, Turcia;
- SAROTEN^(M) Anglia, Austria, Danemarca, Finlanda, Grecia, Irlanda, Iugoslavia, R.F.G., Suedia;
- TRYPTIZOL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Grecia, Finlanda, Iugoslavia, Olanda, Spania, Suedia.

Se mai întîlnesc și sub numele:

ADEPRESS ^(M)	Japonia
ADEPRIL ^(M)	Italia
ADT ^(M)	Portugalia
AMAVIL ^(M)	S.U.A.
AMI-ANELUN ^(M)	Spania
AMIPRIN ^(M)	Japonia
AMITID ^(M)	S.U.A.
AMITRIL ^(M)	S.U.A.
AMITRIF ^(M)	Australia

AMITRIPTOL ^(M)	Italia
AMITRIPTYLIN ^(M)	Cehoslovacia
AMITRIPTYLINE ^(M)	Grecia
AMITRIPTYLINUM ^(M)	Polonia
AMIZOL ^(M)	Anglia
ANAPSIQUE ^(M)	Mexic
ANCHOLIBRE ^(M)	Grecia
ANGOPASSE ^(M)	Grecia
ANNOLYTIN ^(M)	Japonia
ARIN ^(M)	Coreea
ATOPHINE ^(M)	Japonia
BELPAX ^(M)	Portugalia
DAPRIMEN ^(M)	Grecia
DECATRIPTYN ^(M)	Canada
DEPREX ^(M)	Canada
DIATRASE ^(M)	Grecia
DOLSEDOL ^(M)	Japonia
DOMICAL ^(M)	Anglia
ELATROL ^(M)	Canada
ELATROLET ^(M)	Israel
ELAVIL ^(M)	Franța
ELEGEN ^(M)	S.U.A.
KYLIRAN ^(M)	Grecia
LANTRON ^(M)	Japonia
LAROXAL ^(M)	S.U.A.
LAROZYL ^(M)	Suedia
LENTIZOL ^(M)	Anglia
LEVATE ^(M)	Canada
LOXARYL ^(M)	R.F.G.
MARELINE ^(M)	Canada
MAXIVALET ^(M)	Grecia
MELAPRAMINE ^(M)	Japonia
MERAVIL ^(M)	Canada
MITAPTYLINE ^(M)	Japonia
NORMALN ^(M)	Japonia
NOVOTRIPTYN ^(M)	Canada
OASIL-M ^(M)	Grecia
POLYSAL ^(M)	Grecia
REDOMEX ^(M)	Belgia
ROLAVIL ^(M)	S.U.A.
SAROTENA ^(M)	India
SAROTEX ^(M)	Olanda
SCHUVEL ^(M)	Japonia
SK-AMITRIPTYLINE ^(M)	S.U.A.
STELMINAL ^(M)	Grecia
TEPERIN ^(M)	Ungaria
TORYDANOL ^(M)	Coreea
TRIPTILIN ^(M)	Turcia
TRIPTIZOL ^(M)	Italia
TRIPTYL ^(M)	Finlanda
TRYPTACAP ^(M)	S.U.A.
TRYPTAL ^(M)	Israel
UXEN ^(M)	Argentina

605. AMITRIPTILINOXIDE^(DCI) ● Derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidron, N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/ciclo-heptan-

$\Delta^5\gamma$ -propilamină N-oxid, cu acțiune antidepresivă medie și anxiolitică. Nu se administrează concomitent cu IMAO. Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici :

AMBIVALON^(M) Elveția
EQUILIBRIN^(M) R.F.G.

606. AMIXIE (cf. gr. *a-ξ mixis* „amestec”) ● Restricție impusă în unele colectivități, constind în obligația membrilor de a contracta căsătorii cu indivizi din aceeași castă, rasă, religie etc., în virtutea ideii apărării grupului de pericolul „degenerării”.

607. AMIZEPIN^(M) Polonia — DCI *Carbamazepină* ● Psiotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b, f/zepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avind indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

608. AMIZIL^(M) U.R.S.S. — DCI *Benactizina* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiclitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util să se cunoască acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

609. AMIZOL^(M) Anglia ● Antidepresiv timoleptic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA^(M) România.

610. AMNEZIE (cf. gr. *amnesia* „uitare”) ● Incapacitatea totală sau parțială a unei persoane de a-și aminti trecutul pentru o perioadă variabilă de timp, respectiv pierderea totală sau parțială a funcției de evocare și fixare a memoriei.

Termenul a fost introdus de RIBOT (1882), care o considera o stare de regresivitate. Trebuie diferențiată de fenomenul uitării, care face parte din normalitate, facilitind selecția impusă de reținerea eficientă a informațiilor. În condiții fiziologice, diminuarea fixării sau evocării amintirilor este favorizată de oboseală, dezinteres, lipsa unui antrenament corespunzător învățării, starea afectivă de moment, vârsta înaintată. De altfel, funcțiile mnemonice urmează o curbă ascendentă în primii 10—15 ani de viață, coborind apoi, odată cu înaintarea în vîrstă. Evenimentele petrecute în primii cinci ani de viață sint uitate, în mod normal, de majoritatea oamenilor. (amnezii infantile afecto-

gene), dar dacă fenomenul are loc după împlinirea vârstei de 15—16 ani, poate fi considerat ca având o semnificație patologică.

Aspectele clinice ale psihosindromului amnezic sînt descrise pentru prima dată pe larg de KORSAKOV (pornind de la reacțiile exogene ale lui BONHOEFFER), fiind completate de referirile lui KRAFFT-EBING și TILLING asupra amneziilor instalate după traumatisme craniocerebrale. ZEH, von HAASE, ADAMS au adus date noi și au inițiat metode de cercetare în amnezia de etiologie organică unde diagnosticul diferențial între amnezie și demență, de exemplu, implică destule dificultăți.

Spre deosebire de amnezie, care reflectă o insuficiență patologică a memoriei, termenul de dismnezie se referă la situația în care evocarea amintirilor se face imperfect, dar nu este complet imposibilă.

În vederea ușurării descrierii, vom aborda amnezia sub raportul sindromologic al amneziei organice și psihogene, deși majoritatea amneziilor ce survin consecutiv unei afecțiuni cerebrale au, în realitate, un caracter mixt, evocarea fiind condiționată atât de tulburările organice cerebrale, cit și de factorii emoționali.

● *Sindromul amnezic organic* se caracterizează prin: prezența unui factor organic determinant cunoscut, absența unei tulburări de conștiință sau a unei deteriorări psihice anterioare. Există descrieri ale unei amnezii ca simptom unic (alăturată unui tablou neurologic), dar foarte rar, din cauză că, de fapt, niciodată bolile sistemului nervos central nu sînt „focalizate”, ci au și un grad de afectare difuză. Alte diagnostice care trebuie luate în considerație pentru diferențierea unei amnezii sînt afazia, disfasia, dispraxia, agnozia vizuală și prosopagnozia (imposibilitatea de a-și recunoaște trăsăturile feții). Prezența elementului de dezorientare, considerată ca o dimensiune nespecifică a afectării cognitive, ridică imediat suspiciunea unei tulburări cerebrale generalizate. Din punct de vedere anatomo-clinic, leziunile cerebrale care antrenează un sindrom amnezic pot fi situate:

- la nivelul sistemului reticulat ascendent reglator al vigilenței (amnezia din timpul și de după o criză de epilepsie generalizată, consecutivă unui electroșoc, sau din timpul anesteziei generale) §
- la nivelul diencefalului și hipocampului, al sistemului limbic (ca în sindromul Korsakov) §
- la nivelul cortexului, în leziunile frontale dau în tulburările cerebrale difuze.

Din punct de vedere etiologic, amnezia conferă fiecărei forme clinice în parte trăsături specifice, putînd fi diferențiate în acest sens:

- encefalopatiile carentiale (alcoolismul cronic ± sindrom Korsakov ± encefalopatia Gayet-Wernicke) §
- encefalitele (survenite ca o complicație a febrei tifoide sau a parotiditei epidemice, meningoencefalita meningococică sau TBC, encefalita necrozantă herpetică);
- tumorile de la baza creierului (în special cele din regiunea ventriculului III) §
- leziunile vasculare din teritoriul arterei coroidiene și al arterei cerebrale posterioare;
- traumatismele craniene (în funcție de gradul de întindere a leziunilor cerebrale).

Există și amnezii organice tranzitorii, întîlnite frecvent în encefalopatiile metabolice (hepatică, respiratorie, hipoglicemică), în intoxicațiile acute (plumb, arsen, mangan, bromuri, bismut, barbiturice), în anoxiile cerebrale (intoxicațiile cu oxid de carbon, stop cardiac tranzitor, accident de imersie sau de altitudine).

● *Sindromul amnezic psihogen* este definit prin imposibilitate bruscă în evocarea unor mari cantități de informații personale, în absența unui factor organic precipitant. Amnezia psihogenă poate fi globală (pentru toată durata vieții), pe perioade lungi ale vieții și cu pierderea identității personale. Se deosebește de sindromul amnezic organic prin: absența tulburărilor de conștiință § absența afectării funcțiilor cognitive § tendința la remisiune spontană și completă (zile, săptămîni). Numită și afectivă (din cauza relației directe cu o stare emoțională), amneziei psihogene i se descriu mai multe forme:

- electivă — uitarea unui nume, titlu, a unei adrese, a unor fapte banale sau chiar a unei anumite persoane, a unor situații traumatizante sau a unor anumite perioade din viață, de exemplu, copilăria § mecanismul psihologic ar fi reprezentat de refularea unui context tematic frustrant pentru subiect, fiind specific fenomenelor isterice și anumitor deliruri § P. JANET le-a numit „amnezii sistematice” §
- periodică — fuga psihogenă, cleptomania, personalitatea alternă, sindromul Ganser, pseudodemența, stări crepusculare — avînd mecanism disociativ isteric.

- postemoțională — uitarea amintirilor după ce subiectul a trecut printr-un șoc emoțional violent, printr-un stress, situație de abandon, doliu sau după un accident, agresiune sau cataclism. Tot aici amintim simulanții amnezici, la care există dorința de a evita responsabilitatea față de acte ilegale sau pe care nu au interesul să și le amintească.

Mecanismul de producere a amneziei psihogene rămâne încă ipotetic și se pare că, în stările de tulburare emoțională profundă, ca și în stările disociative isterice, imposibilitatea evocării voluntare a amintirilor se datorează unul „scurt-circuit” în aparatul memoriei (circuitul emoțional al lui Papez). La fel de ipotetice rămân și explicațiile ce ar putea sta la baza

„defectului” de memorie după ședințele de terapie electroconvulsivă, pentru amnezia din timpul tratamentului cu psihotrope în anumite doze.

În scopul ușurării diagnosticului diferențial al celor două forme de sindrom amnezic, propunem următoarea schemă (Tabelul nr. XII).

Clasificarea amneziei poate fi abordată și din alt punct de vedere și anume al momentului în care a intervenit evenimentul declanșator, conferind un sens anterograd sau retrograd tulburării de memorie (RAUSCHBURG) (Tabelul nr. XIII)

Amnezia anterogradă (AA) este amnezia care progresa spre viitor, faptele vechi fiind conservate și este deci o amnezie de fixare, o „amnezie de memorare sau de integrare” (J. DELAY). AA asociată cu un sindrom amnezic

Tabel nr. XII

Diagnostic diferențial	Sindrom amnezic organic	Sindrom amnezic psihogen
Factor organic determinant	+	—
Factor psihogen determinant	±	+
Tableu neurologic	+	±
Tulburări de conștiință	+	—
		(excepție fac amneziile disociative isterice)
Prezență constantă a amneziei	+	—
Remisiune spontană și completă	—	+

Tabel nr. XIII

Tipul amneziei	Memoria prezentului FIXAREA	Memoria trecutului EVOCAREA	Tipul disocierii
Anterogradă	(—) alterată	(+) conservată	alterarea fixării conservarea evocării
Retrogradă	(+) conservată	(—) alterată	conservarea fixării alterarea evocării

organic prezintă o caracteristică interesantă prin faptul că subiecții sînt în stare să învețe, dar nu pot să rețină ceea ce au învățat ; în schimb, subiecții cu amnezie funcțională vor întîmpina greutăți mai mult la învățare decît la evocare.

Amnezia retrogradă (AR), descrisă de JANE și OPPENHEIM, numită „pură” de către RUSSEL, SMITH ș.a., este amnezia „care merge înapoi”, astfel încît o amintire care pînă atunci a fost bine conservată nu mai poate fi reconstituită ; este, așadar, o amnezie de evocare. AR asociată unui sindrom amnezic organic se caracterizează prin pierderea informațiilor din trecutul apropiat (după cum, de altfel, enunță și RIBOT în legile sale), împrejurările cele mai sugestive în acest sens fiind traumatismele craniocerebrale, în care amnezia durează cîteva secunde sau minute. Amnezia retrogradă organică este, în mod paradoxal, mai puțin severă decît AR funcțională (la care durata amneziei este mult mai mare). AR este comună sindromului confuzional, indiferent de etiologia sa, și episoadelor depressive melancoliforme inhibitate. În realitate, după cum apreciază AZAM, CHARCOT și GARNIER, există o amnezie antero-retrogradă (o formă mixtă sau globală de amnezie), care este cel mai des întîlnită în practică. În acest sens, după opinia noastră, amnezia retrogradă se poate manifesta fie ca amnezie retrogradă localizată (amnezie lacunară), fie ca amnezie progresivă (amnezie retroanterogradă).

O mențiune aparte merită, credem, termenul de amnezie lacunară, descris de P. JANET drept amnezie sistematică, nedefinită clar nici de către alți autori de renume (BRIQUET, CHARCOT, SOLLIER, BLEULER) și considerată ca delimitînd/acoperînd o perioadă în care stocarea nu s-a efectuat ; este echivalentă cu „găurile din memorie” survenite după un traumatism craniocerebral, un episod confuzional, o serie de ședințe electroconvulsivante, din sindromul Korsakov și din ictusul amnezic (eclipsa amnezică sau amnezia globală tranzitorie descrisă de autorii anglo-americani).

611. AMNEZIA GLOBALĂ TRANZITORIE IDIOPATICĂ — sin. ECLIPSA AMNEZICĂ
sin.

→ ICTUS AMNEZIC

612. AMNEZIE INFANTILĂ ● Face parte din amneziile psihogene electivă și se referă la perioada copilăriei, chiar cea mai precoce (imediat după naștere și pînă la 4—5 ani, cînd înregistrările mnestică nu sînt decît parțial conștiente iar unele fragmente de amintiri

reprezintă „reconstituiri” imaginative din relațiile martorilor). Considerată de FREUD ca produs al refulării, este adusă în planul conștiinței în timpul curei psihanalitice, cînd devine posibilă reamintirea unor evenimente din primii ani de viață.

613. AMNEZIE ISTERICĂ ● Se suprapune, în cea mai mare parte, cu amnezia psihogenă din terminologia autorilor americani ; a fost descrisă pentru prima dată de JANET în 1892, care îi atribuia patru forme ;

- amnezia localizată (pe o durată de cîteva ore) ;
- amnezia generalizată (pe anumite perioade din viață) ;
- amnezia sistematizată (pentru evenimente specifice din trecut, ca, de exemplu, nașterea unui copil, cu reținerea perfectă a altor fapte simultane) ;
- amnezia continuă (subiectul uită fiecare nou eveniment care apare, deși starea conștiinței sale este clară și știe ce se petrece în jurul său).

Diagnosticul pozitiv poate fi afirmat pe următoarele elemente : amnezie biografică semnificativă, în absența unei afecțiuni organice cerebrale ; debut brusc ; de obicei, este localizată (deosebit de rar, generalizată) ; absența tulburărilor de conștiință ; insotește sau nu fenomene somatice ; este în strînsă legătură cu trăsăturile personalității isterice ; inconstanță în conținut și expresie ; are evoluție de scurtă durată, cu remisie spontană (sub efectul sugestiei).

Poate constitui un accident unic în viața unui subiect sau poate marca traiectoria existențială a unei personalități isterice.

614. AMNEZIE PERIODICĂ RETROGRADĂ ● Sindrom de tip epileptiform, descris de BECHTEREV ca o complicație tardivă a unor leziuni organice cerebrale. Se manifestă sub forma unor crize de amnezie, foarte nepăcute pentru subiect, care pot cuprinde un interval de pînă la 24 de ore anterior crizei.

615. AMOK (cf. malaez. amok „nebie furioasă”) — sin. AMUK ● Psihoză acută reactivă, cu caracter exotic (descrisă în Malaezia, Indonezia și Laos), care constă într-un episod de agresivitate furibundă, cu uciderea nediscriminatorie de oameni și animale, sfîrșind cu automutilare sau sinucidere. Episodul apare în absența oricărui semn anterior de suferință psihică, survenind, în majoritatea cazurilor, la subiecți tineri și, foarte rar, în timpul puerperalității, și este urmat de amnezie acunară, cu persistentă reziduală a dorinței

de moarte. BERNARD și TROUVÉ (1977) vorbesc de „conduite agresive ceremonializate” în cadrul amokului, referindu-se la caracterul specific al reacției. MURPHY (1982) aproximează apariția unui astfel de sindrom său, în orice caz, a unui asemănător, și în alte medii culturale, dar într-o proporție extrem de redusă, practic accidental, pe cînd în Malaezia apare la cel puțin 10/100 din bărbații adulți. Proveniența bolnavilor de amok este, de cele mai multe ori, rurală, ei fiind recruți sau în căutarea unui angajament într-un oraș. Labilitatea emoțională, infantilismul, nervozitatea, increderea excesivă în alții și timiditatea par să-i caracterizeze pe acești subiecți. În prezența unui factor psihogen receptat ca o insultă intolerabilă, se declanșează tabloul psihotic, care durează de obicei, ore, zile, și care, după MURPHY, ar exprima comportamental, o tradiție specifică ariei etnice respectivă, și anume aceea a eroului legendar care preferă o „moarte onorabilă” față de tolerarea unei ofense dezonorante. Omuciderea în serie și suicidul, final complementar, n-ar fi decît o soluție extremă, prin care individul și-ar dovedi lui și celorlalți faptul că nu este atît de neînsemnat pe cit pare. Dincolo de amprenta transculturală și de trăsăturile unei personalități narcisice, funcționează, probabil, în declanșarea acestei veritabile psihoze reactive, și mecanismele psihogeniilor descrise de K. SCHNEIDER. KRAEPELIN interpretează amokul ca pe o descărcare de tip epileptic.

616. AMOR (cf. lat. *amor* „iubire, dragoste“)

● Zeul iubirii la romani, preluat după modelul grec a lui Eros, fiind considerat însă descendent al lui Jupiter și Venus și se atribuia rolul de a-i face să se îndrăgostească pe cei aleși și săgetați de el.

Termenul ca atare are o utilizare mai mult livrescă în română, cu nuanțe psiorative în limbajul comun. Cu toate acestea, intrucît traducerea sa (iubire) ar denatura oarecum semnificația acordată de teoria psihanalitică, îl definim aici în sensul dat de FREUD ca „relație a Eului cu sursele sale de plăcere” și ca apreciere a modului în care se structurează această relație din punct de vedere pulsional. Analiza iubirii din punct de vedere psihologic a dus la demistificarea sentimentului. „În ultimă instanță, omul nu se poate iubi decît pe el însuși și a iubi pe altul echivalează cu a-l „integra în propriul Eu” (S. FERENCZI). A iubi este susceptibil să intre în trei opoziții și opoziția iubire-ură, căreia i se adaugă aceea de a iubi — a fi iubit și a urî — a iubi. Luată im-

preună se opun stării de indiferență” (S. FREUD — „Pulsioni și destinele pulsioniilor”).

Stadiile preliminare ale iubirii corespund stadiilor libidinale : oral — a devora, a incorpora obiectul, relația ambivalentă cu obiectul și



Amor și Centaurul — Anonim sec. III-I î.e.n. Luvru

anal — a pune stăpînire pe obiect. Accesul la genitalitate ar trebui să elibereze relația cu obiectul de ambivalența stadiilor anterioare. După FREUD, ambivalența persistă, pe de o parte, datorită reminiscentelor sau fixațiilor de la stadiile anterioare pregenitale, iar pe de altă parte, datorită conflictului dintre pulsuniile Eului și pulsuniile sexuale.

„Despre obiectele care servesc conservării Eului nu se spune că le iubim, ci se insistă pe faptul că avem nevoie de ele... Cuvîntul a iubi se fixează, în final, pe obiectele sexuale în sensul strict și pe obiectele care satisfac nevoile și pulsuniile sexuale sublimat” (FREUD) → STADII LIBIDINALE, ANACLITIC, NARCLITIC.

617. AMOR GENITAL ● Expresia aparține limbajului psihanalitic și desemnează acea formă de iubire pe care o persoană

o poate manifesta în condițiile finalizării dezvoltării sale psihosexuale. Acest lucru presupune replierea complexului Oedip și atingerea stadiului genital (organizarea libidoului sub primatul genitalității); astfel organizată este sexualitatea la pubertate și la vârsta adultă, spre deosebire de sexualitatea infantilă, care, în concepția psihanaliștilor, se leagă de zone erogene diverse, non-genitale și se satisface prin relații obiectuale de alt tip decît relațiile genitale). La FREUD nu apare expresia „iubire genitală” și există însă la FREUD o idee care ar avea aceeași semnificație cu termenul „amor genital”; această idee constă în faptul că sexualitatea, în forma ei încheiată, presupune „o atitudine normală” a alegerii în iubire, atitudine în care senzualitatea și tandrețea fuzionează. Este caracteristic în clinica psihiatrică, în special la nevrotic, faptul că individul nu reușește să dorească persoana pe care o iubește și nu reușește să iubească persoana pe care o dorește (disjunctia provine din aceea că a iubi presupune a idealiza, iar a dori se leagă de instinct, de atitudinea biologică de atracție față de sexul opus, de stimularea biologică; la nevrotic nu există, după opinia psihanaliștilor, o integrare a pulsionilor parțiale și o subordonare genitală a tuturor zonelor erogene). Iubirea de tip genital, ca

iubire a omului adult, a suportat ulterior implicații normative, de natură morală: respect pentru celălalt, dăruire, căsătoria ca finalizare ideală a relației erotice. Expresia de iubire genitală, așa cum este ea folosită în limbajul contemporan, a dat naștere la controverse, opunindu-se de altfel concepției strict freudiene asupra sexualității.

618. AMOR PRIMAR ● Expresia aparține lui BALINT și se referă la una din ideile de bază ale teoriei sale, aceea că, la naștere, ființa umană se află într-o fuziune aproape totală cu mediul său și între copil și mediu ar exista o relație originară intensă, de întrepătrundere. Pornind de la observații clinice asupra pacienților schizofreni într-un stadiu de regresivitate accentuată, BALINT dezvoltă conceptul de amor primar pe care îl leagă și de o abordare terapeutică; autorul consideră că starea de regresivitate permite subiectului o restructurare, o reinnoire în cadrul căreia formele maligne de manifestare dispar. Practic, după BALINT, regresivitatea ar favoriza reîntoarcerea la starea primară de fuziune individ-mediu, atât pe plan biologic cit și pe plan libidinal și această fuziune caracterizează individul la naștere, cînd nu există încă relație obiectuală.



Rembrandt

619. AMOR PROPRIU ● Sentimentul de demnitate personală și valoare proprie, care, fără să exagereze propriile calități și tendințe de autovalorizare, este, în anumite limite, firesc și necesar, cu rol homeostatic. Autorii de formație psihanalitică îl consideră, în unele cazuri, ca emanând dintr-un profund sentiment de inferioritate. Persoanele cu amor propriu manifest dincolo de anumite limite, considerate normale, se preocupă excesiv de aprecierea și stima celorlalți, fiind adesea deosebit de susceptibile și iritabile, cu tendință la interpretativitate.

620. AMORALISM (fr. *amoralisme*). ● Concepție care se axează pe negarea fundamentului obiectiv al moralei, considerând valorile, principiile și normele etice drept modele convenționale de comportament social, învăluite în aura mistificatoare a unei autorități pretins atemporale și infailibile. Într-o dezvoltare mai atenuată, amoralismul infierează doar falsă solemnitate a unor principii morale anacronice, golite de orice conținut, odată cu devenirea orizontului axiologic al unui context social dinamic — fără a pune însă sub semnul întrebării posibilitatea unei noi morale, pe potriva statutului dobândit de spirit odată cu saltul calitativ al istoriei. În expresie radicală, amoralismul contestă, în principiu autenticitatea oricărui temei obiectiv al moralei, pe care o descalifică odată cu orice ierarhizare valorică bazată pe criterii universale, instituind legitimitatea individualismului agresiv și arbitrar, proiectat spre o viziune extremist-relativistă asupra universului valoric. Exemplară pentru amoralismul radical este încercarea lui NIETZSCHE de a fundamenta o morală situată „dincolo de bine și de rău”, în care eticul se subordonează vitalității, voința supra-omului fiind lege pentru masa amorfă a indivizilor, lipsiți de aură charismatică.

În plan comportamental, amoralismul denotă absența discernământului moral, incapacitatea subiectului de a sesiza distincția dintre bine și rău, opacitatea față de ierarhizările valorice consacrate de societate (cazul oligofrenilor, demanțelor și al episoadelor psihotice) — spre deosebire de imoralitate, care desemnează încălcarea conștientă a normelor etice, însoțită sau nu de sentimentul culpabilității (în toxicomanii și la unele personalități dizarmonice).

621. AMORF — tip de personalitate (cf. gr. *a-* și *morphe* „formă”) ● Definit de RIBOT drept „subiect fără marcă personală, fără trăsături frapante și al cărui caracter, fără unitate, este o permanentă reflectare a mediului”.

Același tip de personalitate este definit, în tipologia lui HEYMANS, WIERSMA, DE SENNE, BERGER, drept nonemotiv-nonactiv-primar, caracterizându-se prin lipsa de energie, toleranță datorită indifferenței, conciliere, lipsă de spirit întreprinzător; puțin comunicativ, calm, reflexiv, indiferent. Valoarea dominantă este plăcerea. După opinia autorilor modelul tipic ar fi fost reprezentat de Ludovic al XV-lea.

622. AMORFOGNOZIE (cf. gr. *a-* și *morphe* și *gnosis* „cunoaștere”) — sin. AGNOZIA EXTENSIVITĂȚII ● Imposibilitatea diferențierii tactile, fără participare vizuală, a formelor obiectelor examinate. Face parte, împreună cu ahilognozia, din grupul agnoziilor tactile (astereognozii) → AGNOZIE, ASTEREOGNOZIE.

623. AMORFOSINTEZA (cf. gr. *a-* și *morphe* „formă” și *synthesis* „combinație”) ● Termen introdus de DENNY-BROWN pentru a sublinia faptul că, în leziunile parietale, sinteza multiplelor date senzitivo-senzoriale, provenind de la nivelul unui hemicorp nu se mai realizează.

În acest context anozognozia nu va mai fi o tulburare gnozică, deoarece „bolnavul păstrează concepția intactă a imaginii corpului său” (HECAEN).

În viziunea lui DENNY-BROWN, sindromul Balint este doar o amorfosinteză bilaterală, diferită de adevăratele fenomene agnozice, iar apraxia îmbrăcării este o apraxie kinetică de tip repulsiv, unilaterală, cu amorfosinteză. Reacțiile de evitare împiedică subiectul să adapteze îmbrăcămintea sa poziției membrelor sale.

624. AMORPHAN^(M) R.F.G. — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

625. AMOROS^(D) delir ● Tematică delirantă erotică, în care subiectul îmbogățește „povestea de dragoste” cu o serie de aventuri, rivalități, urmărituri, plingeri. DIDE îi găsește similitudini cu „aventurile” prețioaselor ridi-

cole ale lui Molière. Întotdeauna, persoana „iubită” are o condiție socio-familială superioară subiectului și se bucură de un anume grad de publicitate (actori, profesori, medici, conducători politici etc.). Se întâlnește în bufeele delirante, manie, schizofrenie afectivă etc.

626. AMOSENE^(M) S.U.A. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin. → MEPROBAMAT^(M) România.

627. AMOTIVAȚIONAL^(S) sindrom ● Grupaj de tulburări psihice care apar în intoxicația cronică cu derivați de *Canabis Indica*, constind în scăderea nivelului de aspirație și a ambițiilor, descreșterea motivațiilor, apatie, diminuarea atenției spontane, fragmentarea gândirii și vorbirii. Deși a fost descris de mulți autori (DUNN, COHEN etc.), alții (SASSEN RATH, SHAFER) îi contestă însă existența.

628. AMOTRIL^(M) Grecia — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetilcarbamate (ester), cu acțiune sedativ-anxiolitică; contraindicații: miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

629. AMOXAN^(M) Japonia — DCI *Amoxapin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11-(1-piperazinil)dibenz/b, f/1,4/oxazepină, cu acțiune antidepresivă, care se instalează rapid (absorbția 90 de minute, T_{1/2} = 30 h), și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo- și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post-infarct miocardic.

630. AMP_o (adenozinmonofosfat ciclic) — ADENILCICLAZA — sistemul ● Adenilciclaza este o enzimă specifică, situată la nivelul membranelor celulare, sub a cărei acțiune are loc formarea de AMP ciclic din ATP (adenozintrifosfat). Activarea adenilciclazei se realizează sub influența a numeroși hormoni, a acțiunii catecolaminelor și serotonininei, și determină da rindul ei ciclizarea AMP. Procesul de ciclizare activează sau inhibă procesele enzimatice intracelulare, avînd, la acest nivel, consecințe importante asupra unor reacții metabolice.

Sistemul adenilciclază-AMP_o este implicat în transmiterea sinaptică. Neuromediatorii ca noradrenalina și dopamina joacă rolul unui „mesager prim”, care activează adenilciclaza. Consecința este creșterea concentrației intracelulare de AMP_o, care modifică permeabilitatea ionică a membranei celulare, acționînd

ca mesager secund. Ionii de calciu, localizați intracelular, acționează ca al treilea mesager, indispensabil acestei reacții.

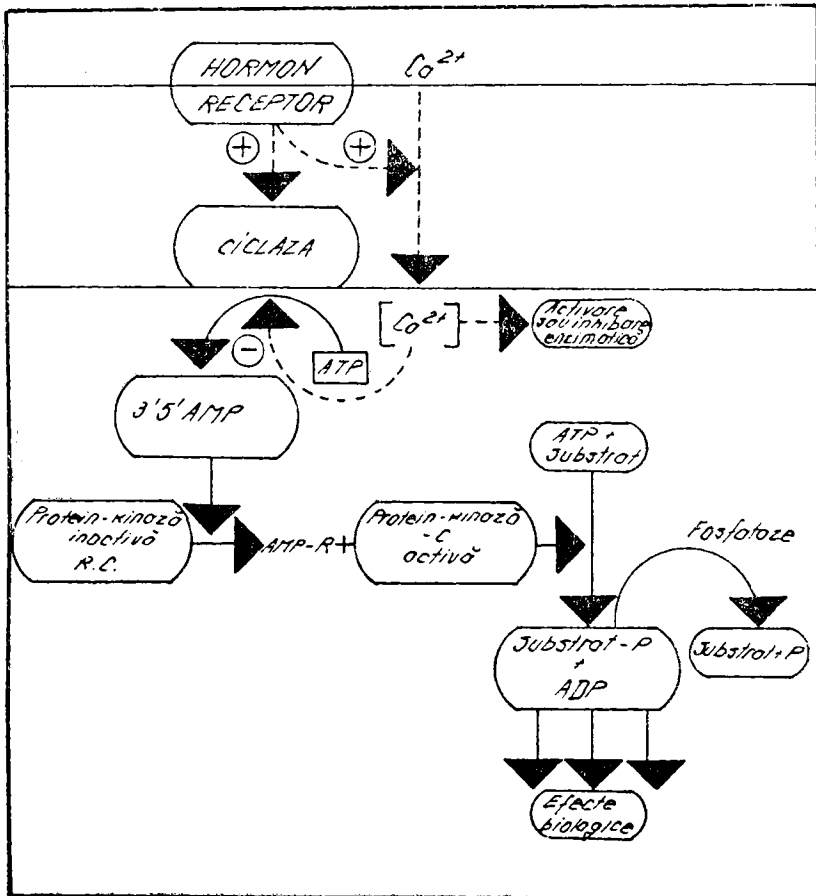
La nivel cerebral, AMP_o stimulează activitatea sistemelor enzimatice, determinînd modificări ale unor procese comportamentale, în funcție de mediatorul chimic și de efectele lui asupra concentrației de AMP_o. Astfel, s-a constatat că receptorii alfa și beta sînt componente ale sistemului adenilciclazei, efectele beta-adrenergice fiind legate de creșterea concentrației AMP_o, în timp ce efectele alfa-adrenergice sînt legate de reducerea acestei concentrații. Neuromediația se realizează prin formarea complexului AMP_o (mesager secund), ceea ce determină modificarea conductanței membranei postsinaptice și deci excitația sau inhibiția. AMP_o stimulează producerea noradrenalinei în ganglionii sinaptici, mediază transmiterea dopaminergică la nivel central și eliberarea acetilcolinei la nivel presinaptic.

În sistemul limbic, a fost pusă în evidență o adenilciclază sensibilă la acțiunea dopaminei și una sensibilă la noradrenalină. Implicarea sistemului adenilciclază — AMP_o în neurotransmisia centrală face ca acest sistem să fie profund influențat de diverse medicamente psihotrope. Astfel, dopamina și apomorfina par a stimula specific adenilciclaza, iar neurolepticele (NL) exercită o acțiune antagonistă de inhibare a adenilciclazei dopamin-sensibile, de asemenea specifică. Această acțiune inhibantă a NL poate fi corelată cu afinitatea lor, pentru receptorii dopaminergici și deci cu efectele clinice ale acestor substanțe. Metaboliții ai fenotiazinelor reduc activitatea adenilciclazei dopamin-sensibile, ceea ce ar sugera faptul că acești metaboliți ar exercita acțiuni farmacologice similare compușilor fenotiazinici inițiali. Clorpromazina, administrată în doze de atac, inhibă adenilciclaza din structurile striate. În tratamentul prelungit, se produce o facilitare a acțiunii dopaminei de stimulare a adenilciclazei striate, probabil prin hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici striati, ceea ce ar putea constitui una dintre explicațiile diskineziei tardive. Alfa-flupentixolul și trifluoperazina au acțiune puternic blocantă asupra adenilciclazei dopamin-sensibile, în timp ce promazina, clozapina, tioridazina și clorpromazina influențează ambele sisteme adenilciclazice (MEYER), confirmîndu-se astfel ipoteza că activitatea antipsihotică este legată de acțiunea drogului asupra receptorilor dopaminergici. Tot acțiune de blocare a adenilciclazei dopamin-sensibile pare a avea și haloperidolul.

Interrelația sistemului adenilciclază-AMP_e cu sistemul endocrin se realizează, de asemenea, prin intermediul celor trei mesageri: hormonul — mesager prin care se activează adenilciclaza și AMP_e — mesager secund care influențează procesele enzimatice intracelulare și ionii de calciu — al treilea mesager, care reglează conținutul intracelular de AMP_e. Efectele variate intracelulare produse de hormoni se datoresc numeroaselor tipuri de adenil-

cunoaștere a implicării sistemului adenilciclază-AMP_e în activitatea hormonală și deci, indirect, în influențarea unor procese psihice.

631. AMPHAETEX^(M) Elveția, AMPHETEX^(M) S.U.A. — DCI *Dezametamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină și amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.



Schema activării adenilciclazei

ciclaze membranare, cu specificitate pentru un anumit hormon, precum și profilului enzimatic specific al fiecărui tip de celulă efectoare. Interrelațiile neuroendocrine, care au ca bază anatomică legătura hipotalamo-hipofizară și sistemul simpato-adrenal, fac necesară o bună

632. AMPHASUM^(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară a căreia NL, tulburări de dinamică

sexuală § contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițalitate.

633. AMPHATE^(M), AMPHEDRINE^(M) S.U.A. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică → AMFETAMINE^(DCI).

634. AMPHEDROXYN^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și cu același risc al dependenței.

635. AMPLIACIL^(M) Argentina, Brazilia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → CLORDELAZIN^(M) România.

636. AMPLIFICARE (cf. lat. *amplificare* „a mări, a spori”) ● Atitudine de dezvoltare, lărgire, hipervalorizare a unor trăiri sau acuze corporale, pe care o manifestă unii subiecți în mod voluntar (suprasimulare) sau involuntar, constituind o modalitate de expresie a tulburărilor din sfera cognitiv-afectivă. Utilitarismul, încercarea de obținere a unor beneficii care caracterizează acțiunile unor persoane normale psihic sau ale unor personalități dizarmonice (isterice, de predilecție) devine lesne evidențiable odată cu îmbogățirea experienței clinice a psihiatrului și cu analiza discriminativă a tuturor factorilor conjuncturali prezenți. Amplificarea unei situații materiale precare, a unei stări de boală, a prognosticului acesteia, a implicațiilor ei asupra celorlalți membri ai familiei (în special copii), urmărește, uneori, provocarea sentimentului de milă, în scopul înduioșării unor autorități sau dobândirii unor avantaje.

Nevroticul, depășit de posibilitățile de reancorare într-o existență fermă și securizantă, „învață” uneori să-și manifeste trăirile într-un mod amplificat, care devine dificil de diferențiat de suprasimulare. Deși mai aproape de înțelegerea nemijlocită, prin legătura inteligibilă cu evenimentul psihotraumatizant, caracteristică apariției reacțiilor (nevrotice sau psihotice), amplificarea uneori teatrală pe care o realizează anumiți subiecți, după trăirea unor experiențe psihotraumatizante, își poate afla originea în trăsăturile cu caracter histrionic ale personalității lor sau în influențele apărute în mod paradoxal odată cu scurgerea timpului. În prezentarea retroactivă a

evenimentelor. Aspectul amplificator, ca mecanism de compensare a unui deficit de cunoaștere, poate fi luat în discuție atunci când se caută compensarea cu resurse imaginative a golului de informații, datorat fie cunoștințelor insuficiente, fie interpretării lor neadecvate (intelecte liminale, debilitate mintală, demențe, stări psihopatoide organice). Paranoicii își amplifică delirul prin „alipirea” tuturor ideilor care vin în sprijinul lui, deși această tendință reprezintă un mecanism secundar în constituirea sistematizării delirante. Maniacalul, prin exuberanță și prin plusul de activitate care îl caracterizează, își construiește o orgă de sunete și lumini, care redă amplificat vibrațiile sale timice pe cele mai înalte game.

Referitor la interpretarea pe care JUNG o dă amplificării în sens psihanalitic, reținem trimiterile pe care le face dinspre imaginile visului spre mitologie, religie, folclor etc., în cursul metodelor de asociații dirijate și căutării de analogii.

637. AMPLITUDINE-EEG ● Caracteristică a fiecărui grafoelement electroencefalografic, reprezintă, în ansamblu, unul din principalii parametri ai traseului EEG. Este definită prin mărimea în milimetri convertită în microvolți (50 μ V = 6 mm) a unei unde, măsurată între unghiul superior și cel inferior al deflexiunii. Modificările amplitudinii sînt reprezentate de creșterea, scăderea sau dispariția ei.

● *Amplitudine crescută* — traseu supravoltat datorită hiperexcitabilității, exprimate grafic sub forma unei activități crescute de tip vertical (150—200 μ V). Creșterea amplitudinii apare într-o serie largă de circumstanțe patologice, care pot afecta unul sau altul din ritmurile fundamentale :

- ritmul alfa — în spasmofilie, personalități dizarmonice de tip excitabil, hipertensiune §
- ritmul teta — tulburări de comportament, sechele de meningoencefalite §
- ritmul delta — dizarmonii, imaturitate, spasmofilie, intercritic, în epilepsii majore, epilepsii psihomotorii, activări cu psihoanaleptice și tratament cu neuroleptice.

● *Amplitudine scăzută* (aplatizare) — se realizează grafic sub valori de 10 μ V. Unui asemenea traseu i se pot descrie trei variante §

- traseu plat desincronizat — constă în înlocuirea undelor α cu β și revenirea la α la activare (anxietate, emoții, depresie) §

- traseu plat adevărat — înlocuirea undei α cu β sau alte frecvențe rapide și nereverenirea la α la activare (cerebrastenie, arterioscleroză cerebrală, epilepsie intercritic, schizofrenie) ;
- traseu plat deprimat — înlocuirea lui α cu unde lente de mică amplitudine ; reprezintă o expresie certă a suferinței cerebrale generalizate grave (stări comatoase și preagonice).
- *Amplitudine absentă* (silentium) — traseu cu aspect de linie izoelectrică, evidențiază absența activității bioelectrice ; poate fi întâlnit generalizat sau localizat în următoarele circumstanțe patologice :

- silentium electric generalizat ireversibil sau traseul nul, se întâlnește în coma depășită, iar persistența lui timp de câteva ore echivalează cu „moartea creierului” ;
- silentium electric generalizat reversibil, aplatizarea în toate derivațiile pentru un interval mai mare de 15 secunde ; apare în cursul hipoxiei ;
- silentium electric focalizat, se înregistrează doar cu tehnici speciale (înregistrări monopolare, electrocorticografie) în cazul unor tumori sau în cazul hematoamelor subdurale care blochează transmiterea undelor spre electrod.

Deși reprezintă un element important al traseului electroencefalografic, doar amplitudinea singură nu poate aduce date certe pentru diagnostic.

638. AMPROMAT^(M) Austria — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propanolol
sin. → MEPROBAMAT^(M) România.

639. AMRIL^(M) S.U.A. ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu aceeași acțiune sau acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din :

- RESERPINA^(M) — neuroleptic, derivat de *Rauwolfia* ;
- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propanolol ;
- MEPHENESINA^(M) — neuroleptic, derivat benzamidic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

640. AMSUSTAIN^(M) Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină ; amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

641. AMTHAUER^(T) test ● Test de inteligență imaginat de autor în 1953 și orientat, în special, asupra intelectului verbal, a capacității de calcul matematic, de memorie și de construcție spațială. Destinat persoanelor de vîrste cuprinse între 13 și 61 de ani, este compus din nouă subteste. Oferă și informații referitoare la comportamentul față de succesul în îndeplinirea unor sarcini, legate implicit de structurile de personalitate. A fost adaptat în mai multe țări, printre care și U.R.S.S.

642. AMTRAN^(M) S.U.A. — DCI *Amfetalarol* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α -metil-N-(2,2,2-tricloretilidene) fenetilamină, amină simpaticomimetică. Utilizarea repetată și în doze mari nu duce la creșterea randamentului, dar poate crea dependență.

643. AMUZIE (cf. gr. *amousoi* „amuzical”) ● Suprimarea auzului tonal, muzical, în afara sau în cadrul unei surdități de origine centrală, prin afectarea bilaterală a lobilor temporali, frecvent întâlnită și în afazie. Amuzia a fost cunoscută prin date furnizate de studii asupra altor tulburări cerebrale, de altă natură, fiind menționată de STEINHALS, în 1871, și KNOBLAUCH, în 1888. Se referă la perturbarea limbajului muzical pînă la completa sa abolire. Pentru înțelegerea amuziei, reamintim ca așa-numita „funcție” muzicală este rezultantă simțului ritmic (caracteristic fiecărui subiect), a simțului sunetului (perceperea intensității, duratei, timbrului și înălțimii unui sunet) și a aptitudinii de preschimbare a percepției muzicale într-o emoție. Se admite că, deși nu sînt superpozabile, audiția muzicală și audiția verbală sînt totuși două funcții juxtapuse. Unii dintre subiecții afazici studiați, muzicieni de profesie, prezentau intacte facultățile muzicale, iar alții, deși nu aveau tulburări de limbaj, aveau agnozie muzicală. HENSCHEL definește amuzia ca pierderea capacității de citire a notelor și de a cînta după note. Această modificare ar putea fi încadrată în grupul tulburărilor de percepție a ritmului, măsurii și tempoului, care diferă de surditatea tonală (lipsa discriminării tonurilor gamei) și de surditatea melodică (lipsa evocării melodiilor). În fapt, există diferențe între subiecți în ceea ce privește recunoașterea timbrului instrumentelor, indicarea notelor false și capacitatea de recunoaștere a celor mai cunoscute melodii, a notelor false sau a ritmului. Există și cazuri

de amuzie în care nu se pot recunoaște nici măcar zgomotele. Amuzia se poate clasifica în :

- amuzie receptivă, caracterizată prin imposibilitatea de a recunoaște melodiile, chiar familiare, surditate tonală, erori în identificarea timbrului specific al diferezitelor instrumente muzicale, a ritmului ;
- amuzia expresivă, care, prin caracterul său paucisimptomatic, ar putea fi considerată o formă specială de apraxie. Se caracterizează prin imposibilitatea de a reproduce vocal melodii cunoscute, incapacitatea de emiteră vocală a sunetelor și de redare a melodiilor, dispraxia mîinii unui instrument muzical bine cunoscut subiectului anterior îmbolnăvirii. Muzica devine pentru el un amalgam de sunete dezagreabile, fără nici o urmă de melodicitate.

S-a stabilit că localizarea leziunii în amuzie este în regiunea fronto-parietală dreaptă (amuzia motorie), în porțiunea anterioară a unuia sau a ambilor lobi temporali (agnozia muzicală). Se pare că există și un „centru al cîntatului”, situat în circumvoluțiunea frontală F₃, un centru al „sunetului muzical” — în piciorul circumvoluțiunii F₂, și un „centru instrumental” — în cîmpurile 20 și 37, a căror lezare ar produce agnozia muzicală. După LISHMAN, leziunile din amuzie se situează, cel mai frecvent, în regiunea temporală medie.

644. AMUZIE MOTORIE ^{sin.} → AVOCALIE.

645. AN^(M) R.F.G. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică ^{sin.} → BENZEDRINE^(M) Canada.

646. ANABET^(M) Portugalia — DCI *Nadolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-(5,6,7,8-tetrahidro-cis-6,7-dihidroxi-1-naftil)-oxi/-2-propanol ; este indicat în anxietatea cu și fără componentă somatică, în distonii neurovegetative ; bună toleranță la copii și vîrstnici ; se poate administra în doză unică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

647. ANABOLISM (cf. gr. *anabole* „aruncare, zmulgere, înlăturare”) ● Ansamblul proceselor de metabolism intermediar, care conduc la sinteza metaboliților și a componentelor structurale celulare. Prin reacțiile anabolice, are loc reînnoirea permanentă a structurilor celulare uzate, sint sintetizate o serie de sub-

stanțe active (enzime, hormoni), este asigurată creșterea și înmulțirea celulelor și încărcarea lor cu material nutritiv de rezervă. Reacțiile anabolice necesită energia care provine din reacțiile catabolice, motiv pentru care ele se desfășoară cuplat. Farmacologic, anabolizantele sînt substanțe medicamentoase care favorizează procesele metabolice de refacere.

648. ANACLITIC (cf. gr. *anakletikos* „care amintește de, care evocă”) ● Tip de alegere a obiectului, opus tipului de alegere narcisic. Obiectul dragostei este ales după modelul figurilor parentale care oferă hrană, grijă, protecție (FREUD). Explicația acestui tip de alegere s-ar afla în faptul că pulsuniile sexuale se bazează, la origine, pe pulsuniile de autoconservare.

Sindromul depresiv sau depresia anaclitică (SPITZ, 1946), apare la copii între 6 și 12 luni, reactiv la separarea de mamă și la încadrarea într-o instituție (spital, cămin, creșă), în condițiile preexistenței unei relații satisfăcătoare copil-mamă. Constă în evoluția de la comportament plîngăreț, de agățare, la tristețe, anorexie, izolare, încetinirea dezvoltării psihomotorii și somatice, inerție, indiferență, insomnie. Încetarea separării de mamă sau apariția unui substitut matern satisfăcător într-un interval de 3 pînă la 5 luni duce la dispariția sindromului. În caz contrar, sindromul evoluează spre forma mai severă, cu prognostic foarte nefavorabil, a hîspitalismului, caracteristic copilului instituționalizat înainte de 6 luni sau copilului care nu au beneficiat de nici o legătură afectivă reală și care, supuși unui tratament impersonal (carență afectivă totală, după SPITZ, spre deosebire de carența afectivă parțială din depresia anaclitică), evoluează de la apatie, inerție, spre retard psihomotor, deteriorare fizică, stereotipii, gesturi autoagresive, indiferență, inactivitate, tablou simptomatic adesea confundat cu autismul infantil.

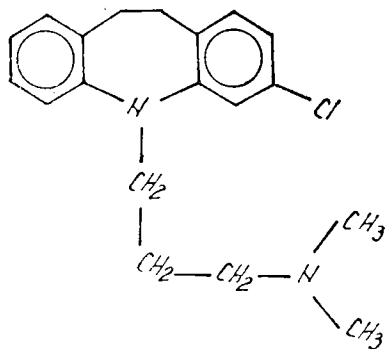
649. ANADEP^(M) Noua Zeelandă — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ^{sin.} → CLORDELAZIN^(M) România.

650. ANAFIE (cf. gr. *an(n)*- ; *aphe* „pipăit”) ● Tulburare a sensibilității tactile, constind în lipsa sau pierderea simțului tactil.

651. ANAFILAXIE PSIHICĂ (cf. gr. *ana* „contrar” ; *phylaxis* „protecție” ; *psyche* „suflet”) ● Model psihopatologic asemănător celui biologic (hipersensibilizare de tip imediat, cu reacție specifică antigen-anticorp), constind

din reproducerea unor simptome psihice identice, în condițiile repetării unor evenimente psihotraumatizante identice (anumite emoții, evenimente, persoane, situații neplăcute sau anxiogene pentru subiect). Problema capătă aspecte mult mai complexe (și discutabile) în bolile psihosomatice (astm bronșic, hipertensiune arterială, infarct miocardic etc.), unde fenomenul este integrat în teoriile etiopatogenice ale acestora.

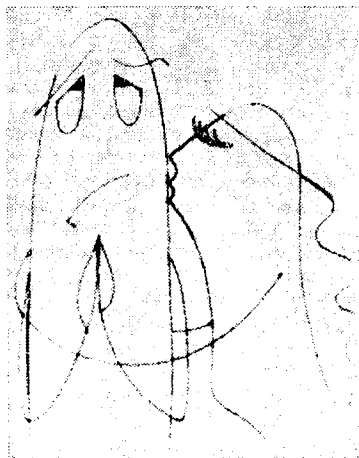
652. ANAFRANIL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Mexic, Olanda, Portugalia, R.F.G., Suedia, Turcia — DCI Clomipramină ● Antidepresiv timoleptic — derivat dibenzazepinic de tip 3-clo-ro-5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu o structură chimică asemănătoare CLORPROMAZINEI, dar cu acțiune diferită și indicat în depresii endogene, psihogene și organice, cu o mențiune specială pentru depresiile din schizofrenie și din nevroza obsesivo-compulsivă. Necesită



atenție în administrare având în vedere acțiunea lui proconvulsivantă. Nu se administrează în primele trei luni de sarcină.

653. ANAFRODIZIE (cf. gr. *a(n)-*; *aphrodisia* „plăceri senzuale”) ● Absența constituțională sau dobândită, permanentă sau accidentală a dorinței erotice (în condiții de integritate anatomofiziologică), prezentând o veritabilă „anestezie sexuală”, diferită însă de frigiditate sau impotență. În timp ce pentru

unii subiecți acest lucru nu are nici un fel de răsunet afectiv, pentru alții constituie sursa unor preocupări obsesive, nozofobice, sau a unor sentimente de culpabilitate. Poate fi generalizată sau electivă (de exemplu, la invertiți față de indivizii de sex opus).



MERLEAU-PONTY încearcă o explicație analitică, interpretând respingerea „orgasmului ca detașare de lume” — punct de vedere construit pe o abordare doctrinară. Considerăm că pot exista și alte cauze ale acestor tulburări.

La originea anafrodiziei pot sta erori educaționale, traumatisme sexuale (mai ales din perioada copilăriei), fixații nevrotice sau inhibiții contextuale. Se întâlnește frecvent la personalitățile psihastenice, în depresii de intensitate psihotică, schizofrenie, afecțiuni anergizante (pirexie, cașexie,) epilepsie. În funcție de semnificația simptomului pentru subiect și motivația de vindecare, se va institui și tratamentul, care va aborda atât aspectul etiologic, cit și pe cel specific, simptomatic.

654. ANAGAPIE — nevroză (cf. gr. *a(n)-*; *agape* „iubire”) ● Termen prin care LEVIBIANCHINI a descris o formă clinică de nevroză, asemănătoare nevrozei de abandon — consecutivă fie traumatismelor psihice din perioada copilăriei, fie atașamentului excesiv față de părinți sau de substituții acestora. Observația a fost făcută pe marginea a 31 de cazuri clinice, comunicate în revista de psihopatologie „Neuropsichiatria e Psicanalisi” — Milano, 1953 (dată de la care termenul a fost preluat).

655. ANAGOGIC(A) (cf. gr. *anagoge* „acțiune de înălțare spirituală” [lat. „interpretare a unor texte mistice”) ● Termen utilizat de SILBERER în 1914 pentru a defini interpretarea simbolurilor și a miturilor în funcție de determinările tematice morale universale, deci diferit de interpretările psihanalitice, care tind spre sensul latent, particular-individual. Lansarea termenului aparține lui JUNG.

Metoda psihoterapeutică anagogică, este o metodă sintetist-constructivistă, ce se opune (U. ȘCHIOPU) metodelor analist-reductive.

656. ANAGRAX^(M) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită dar complementară. Este compus din :

- **DIPOTASSIUM CLORAZEPAT^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic
- **FENFLURAMINE^(M)** — noanaleptic, derivat feniletilaminic.

Are acțiune anxiolitică, psihostimulentă.

657. ANAL — stadiu (cf. lat. *anus*) ● În încercările de explicare a patologiei psihice (încercări conforme cu posibilitățile și nivelul general de dezvoltare al științelor medicale la finele secolului al XIX-lea și începutul celui de al XX-lea, dar mai puțin corespunzătoare nivelului cunoștințelor actuale), psihanalizii desemnau prin acest termen (care astăzi are mai mult o valoare istorică) al doilea stadiu în dezvoltarea psihosexuală a copilului, caracterizat printr-o polarizare pulsională pe zona excretoare anală, stadiu în care se dobândește posibilitatea de control voluntar asupra retenției sau expulzării.

Stadiul anal este atribuit vârstei de 15—36 luni, perioadă în care organismul în creștere dezvoltă o tendință marcată de trecere de la o conduită pasivă la una activă. „Zona anală recurge singură, mai mult decât altele, la încăpăținare și aderență, la impulsuri contradictorii, pentru că este zona a două modele conflictuale ... retenția și eliminarea. Mai mult, sfincterele fac parte din sistemul muscular, cu dualitatea lui de rigiditate și relaxare, de flexie și extensie. Dezvoltarea sistemului muscular conferă copilului o și mai mare putere asupra mediului, abilitatea de a atinge și ține, de a arunca și împinge, de a apropia sau a ține la distanță. Acest stadiu, denumit de către germani „al încăpăținării”, devine o bătălie pentru autonomie” (J. ERIKSON — „Copilărie și societate”).

Este un stadiu ambivalent al relației cu obiectul, care ar avea, după K. ABRAHAM, o fază dominată de expulsiă cu semnificație

sadică (distrugerea obiectului încorporat) și o fază de retenție, cu semnificație de control sadic posesiv asupra obiectului. Conflictul expulsie-retenție devine conflictul pasiv-activ, masculinitate-feminitate. Depășirea fără fixații a acestui stadiu pune bazele unui individ independent, autonom, fără sentimentul îndoielii de sine și al rușinii. Formații reacționale la pulsivitatea parțială anală duc la trăsături caracteriale mai mult sau mai puțin accentuate (spirit de ordine, perseverență, punctualitate, economie, plăcerea de a prelungi preliminariile unor bucurii etc.). Trăsăturile caracterului anal, mecanismele de apărare specifice, se întîlnesc în nevroza obsesională, în cazul personalității psihastenice (ambivalență marcată, sado-masochism, homosexualitate latentă). Persoanele din mediul apropiat al copilului pot contribui, într-o oarecare măsură (în afara determinismului lor inconștient), la depășirea fără fixații a stadiului, adoptînd o atitudine fermă, consecventă, dar ținînd cont și de particularitățile copilului. J. ERIKSON afirmă : „Fermitatea trebuie să protejeze copilul împotriva judecății sale încă șovăielnice, împotriva incapacității de a reține și lăsa cu discriminare. Mediul trebuie să-l împiedice în dorința de a se descurca singur, altfel va fi presat de expunerea prematură și prostească ce-l va împinge la rușine și la acea neînțelegere secundară pe care o numim îndoială” → STADIILE LIBIDINALE.

658. ANAL — tip de personalitate ● În tipologia lui FREUD particularitățile acestui tip sînt determinate de o stagnare în evoluția libidoului la stadiul anal. Caracteristici psihologice : tendință accentuată la ordine, meticulozitate, agresivitate. Potențial patologic psihiatric : paranoia, perversiuni masochiste, nevroze compulsive, perversiuni sadice, personalități dezorganizate.

659. ANALEPTICE (cf. gr. *analepsis* „re-stabilire, reparare”) ● Denumire dată unui grup de substanțe variate ca structură chimică, ce au în comun acțiunea de stimulare a sistemului nervos, rezultat al combaterii inhibiției centrilor nervoși vegetativi, care apare în cursul unor afecțiuni consumptive infecțioase, circulatorii, ca urmare a intoxicațiilor cu diverse substanțe sau consecutivă tratamentului îndelungat cu medicamente depresoare. Eterogenitatea structurii chimice a substanțelor aparținînd acestui grup face dificilă o clasificare a lor. Extrem de schematic s-ar putea distinge între : analeptice simple ale sistemului nervos

central (de tipul cofeinei, stricninei) și analeptice care acționează prin creșterea aportului de substanțe energetice necesare metabolismului celulei nervoase.

● *Analepticele simple ale SNC includ :*

● **COFEINA**, analepticul clasic cel mai răspândit ; avind efect stimulator asupra centrilor de integrare senzorială, facilitează activitatea reflexă, elimină senzația de oboseală fizică și intelectuală, determinind o creștere a ritmului ideativ (există însă și subiecți la care apare fenomenul invers, de oboseală, somnolență). Are acțiune antinarcotică, salutară în intoxicația alcoolică acută, dar puțin eficace în narcoza profundă. În doze mari, acțiunea se extinde asupra cortexului motor, asupra bulbului și măduvei, determinind o stare de excitație psihomotorie cu tremurături la nivelul extremităților, stări de anxietate. Este un stimulator al centrului respirator. Asupra tensiunii arteriale acțiunea sa este complexă : prin stimularea centrului vascular determină creșterea tensiunii, dar prin acțiunea sa periferică, de vasodilatație, produce o scădere a tensiunii astfel încît, la subiectul normal, rezultă numai o creștere ușoară și pasageră a tensiunii arteriale.

● **NICETAMIDA** (boramin) — are efect terapeutic în stările de colaps.

● **DOXAPRAM HIDROCLORID** (do-*pram*) — antinarcotic eficace, folosit, de asemenea, ca antidot al substanțelor care determină deprimarea respirației, prin acțiune la nivel central. În anesteziologie, este folosit în perioada postoperatorie. Are efecte secundare greu de suportat : greață, vomă, tahicardie, hipertensiune arterială, laringospasm. Trebuie folosit cu multă precauție, pentru că poate determina apariția convulsiilor, diferența dintre doza convulsivantă și cea terapeutică fiind foarte mică.

● **SULFATUL DE STRICNINĂ** — are în doze mici o acțiune stimulatorie asupra sistemului nervos central, creșterea dozelor fiind periculoasă prin potențialul convulsivant. Are acțiune predominant medulară. În psihiatrie, este folosit în stările de delirium tremens, ca antagonist clasic al barbituricelor și ca psihostimulent.

● **FIZOSTIGMINA** (antiliriu — salicilat de fizostigmin) — inhibitor al colinesterazei, folosirea sa fiind deci indicată în supradozajul cu atropină și în cel cu antidepressiv triciclice. Este eficientă în intoxicațiile cu barbiturice și benzodiazepinice. Prezintă însă efecte secundare deloc neglijabile : bronhospasm, modificări ale tensiunii arteriale și ale ritmului cardiac.

● **BEMEGRIDUL** (megimid) — este folosit ca antidot în intoxicația barbiturică ; are potențial convulsivant mare, ceea ce a condus la utilizarea lui ca activant al ritmului EEG, în scop diagnostic.

● **ADRENALINA, NORADRENALINA, NEOSTIGMINA** — au o utilizare restrinsă.

● *Analeptice care acționează prin stimularea metabolismului sistemului nervos :*

● **CENTROFENOXINUL** (lucidril) — are o acțiune reglatorie asupra metabolismului cerebral și endocrin, prin intermediul axului hipotalamo-hipofizar. Este indicat în stările confuzionale determinate de leziuni cerebrale, în psihozele alcoolice acute.

● **MEFLEXAMID** (mefexadim) — diminuează starea de astenie, fatigabilitatea.

● **HEPTAMINOL** (heptamil) — avind efect cardi tonic, este folosit în combaterea efectelor secundare cardiovasculare induse de neuroleptice.

Pe lângă aceste substanțe, trebuie menționate așa-numitele „tonice” — substanțe mai mult solicitate de către bolnav decît recomandate de către medic pentru combaterea asteniei : acidul folic, glicerofosfatul de calciu, acidul glutamic, vitaminoterapia (mai ales vitamina C și cele din grupa B).

660. ANALGEZICE (cf. gr. *αλγος* - algesis „suferință, durere”) ● Sînt incluse în această clasă drogurile care diminuează sau suprimă durerea, acționind fie prin împiedicarea recepționării stimulilor dureroși la nivelul terminațiilor nervoase, fie prin împiedicarea percepției durerii la nivel central.

Clasic, se subimpart în :

● *Analgezice narcotice* : diminuează sau suprimă perceperea durerii, determinind, în același timp, în doze mari, și un somn profund de tip narcotic și, uneori, apariția euforiei ; prin acest din urmă efect prezintă pericolul creșterii toleranței și al dependenței. Din această categorie fac parte : opiul și alcaloizii săi, morfina și derivatele sale. Deși proprietățile analgezice ale opiumului au fost cunoscute din cele mai vechi timpuri, principiul său activ, morfina, nu a fost izolat decît în 1805, reprezentind a zecea parte dintr-un amestec de 20 de alcaloizi diferiți care intră în alcătuirea opiumului. Cu tot efectul analgezic major, folosirea ei atrage inconveniente grave, dintre care dependența fiziologică și psihologică nu este în nici un caz de neglijat. Dependența este însoțită de un efect depresor asupra respirației, proporțional cu doza. În aceste condiții, s-a încercat găsirea unor substanțe care să aibă calitățile, dar nu și defectele morfinei ; după 1942, a fost sintetizat primul produs

asemănător cu morfina, nalorfina, cu proprietăți analgezice. Poate acționa ca un antidot al morfinei, nu dă dependență, dar folosirea ei este grevată de apariția halucinațiilor, chiar la doze mici. Sintetizarea și utilizarea unor

nervoasă la durere. Crește excitabilitatea cerebrală prin acumularea de acid glutamic în creier (salicilatul determină deprimarea unor reacții care duc la transformarea acidului glutamic în glutamină, prolină, acid α -oxaglutaric

Tabel nr. XIV

	Anal- getic	Antipi- retic	Antigu- tos	Antiin- flama- tor
Salicilat	+	+	+	+
Acid mefenamic	+	+	-	+
Acid flufenamic	+	+	-	+
Paracetamol	+	+	-	-
Fenazona	+	+	-	+
Fenilbutazona	+	+	+	+
Sulfinpirazona	-	-	+	+
Probenecid	-	-	+	-

prođuși mult mai activi, ciclazocina și ciclofronul, cu un efect analgezic de zeci de ori mai puternic și fără a da dependență, a fost limitată din cauza aceluiași efect halucinogen.

● **Analgice nenarcotice**: realizează analgezia fără a produce somnul și pe lângă acest efect au și valențe antipiretice și antiinflamatorii. Acțiunea analgezică a acestor substanțe este mult mai redusă decât în cazul analgezicelor narcotice și se adresează numai durerii somatice (sunt influențate și unele dureri viscerale ușoare ca acelea din dismenoree). Efectul lor este datorat fie antagonizării pe care o realizează față de substanțele „producătoare ale durerii” (acetilcolina, histamina, serotonina, chininele plasmatiche și, după date mai noi, prostaglandinele), fie acțiunii antiinflamatoare. În funcție de acțiune, redăm, după CROSSLAND, următoarea sistematizare a substanțelor analgezice nenarcotice:

● **ACIDUL SALICILIC**: a fost izolat în 1838 și sintetizat ceva mai târziu la scurt timp, o sare a acidului salicilic, salicilatul de sodiu, a fost preparată și introdusă în practică. În 1853, a fost sintetizat acidul acetilsalicilic (aspirina), dar debutul său în practica medicală s-a făcut abia în 1889. Mecanismul de producere a analgeziei este atit central, cit și periferic. Salicilații interferează percepția dureroasă prin acțiune la nivel hipotalamic. La nivel periferic, interferează influxul nervos din zona terminațiilor, prin inhibarea sintezei prostaglandinelor E și F, care sensibilizează terminația

și acid gamaaminobutiric). Prin același mecanism s-ar putea explica și producerea convulsiilor. Au loc modificări ale echilibrului acidobazic, mai ales în intoxicații (la copii acidoză, la adulți alcaloză prin hiperventilație). Totuși nu trebuie neglijat faptul că acidul salicilic este, în primul rind, un antiinflamator și, în al doilea rind, un antialgic. Efectele secundare la doza obișnuită pot fi neglijate în absența ulcerului gastrododenal, a diabetului și hipertensiunii arteriale.

● **DERIVAȚII PIRAZOLONULUI**: fenazonă, antipirină, aminofenazonă, amidopirină, aminopirină, piramidon, izopropilaminofenazonă, izopirină, noraminofenazonă, novalgin, analgin. Sunt substanțe introduse în șecolul a XIX-lea, în primul rind, pentru efectele lor antiinflamatorii. Analgezia și antipirexia se produc printr-un mecanism asemănător cu al salicilatului, alături de efectul antiinflamator important. Utilizarea lor în practica curentă este redusă din cauza agranulocitozei pe care o provoacă. Fenazona este un analgetic, antipiretic și antiinflamator slab. Se utilizează mai ales în combinație cu alte antipiretice. Aminofenazona se utilizează mai ales pentru efectul ei antispastic. În doze mari, produce excitația sistemului nervos central. Deși efectul său antialgic este mai bun decât al salicilatului, utilizarea este mai redusă din cauza pericolului apariției agranulocitozei.

● **DERIVAȚII DE ANILINĂ** : acetilanilida (fenacetina) și antifebrina (acetofenetidina). Acetilanilida a fost primul preparat din această serie, introdus în practică în 1886, cu utilizare redusă astăzi din cauza toxicității sale (metemoglobinemie cu cianoză). Mecanismul de acțiune analgezic este asemănător cu al salicilatului. Fenacetina și paracetamolul se asociază în combinație cu alte analgetice, fiind mai puțin toxice, deși efectele secundare la doze mari sînt totuși importante : cianoză cu anemie, dispnee, erupții cutanate, zstenie, neîrită interstițială.

● **DERIVAȚII DE CHININĂ** : Cincofen, Atofan, Neoconcofen, deși mai activi, au o utilizare restrinsă, datorită toxicității ridicate și a efectelor secundare.

● **DERIVAȚII ACIDULUI ANTRANILIC** : agenți, în primul rînd, antiinflamatori și, în al doilea rînd, antialgici, avînd avantajul unor efecte secundare minime și al unei toxicități mai reduse : Motrim, Maprosyn, Malfom, Tolectin și relativ recentul Zomax, cu indicații în algii medii și ușoare.

Cercetările actuale se îndreaptă către descoperirea de noi agenți terapeutici a căror acțiune analgezică să poată fi dissociată de dependențe, toxicitatea și severitatea efectelor secundare. Calea deschisă de ENDORFINE promite a fi un început.

661. **ANALGEZIE** (cf. gr. *a(n)-*; *algesis*) — sin. **ANALGIE** ● Absența sau suprimarea permanentă sau temporară a sensibilității dureroase. Poate fi constituțională sau dobîndită. În clinica neurologică, se întîlnește ca urmare a unor leziuni la nivelul receptorului, al căilor de transmisie sau al zonei centrale de proiecție, dar poate fi obținută și prin inducere medicamentoasă (anestezie), prin hipnoză sau prin mijloace de condiționare și învățare. În psihiatrie nu este întîlnită frecvent, dar este posibilă în catatonie și în depresia melancolică, și la personalitățile isterice. De menționat existența „zonei analgezice”, cu sensibilitate tactilă normală, dar fără sensibilitate dureroasă (o mică zonă pe fața interioară a obrazului, descrisă de KIESOW).

662. **ANALGEZIE CONGENITALĂ** ● Absența sensibilității la excitanții dureroși (fie că este vorba de cea superficială, fie de cea profundă), păstrîndu-se intactă cea tactilă și termică, în condițiile patologice realizate de trisomia 13 (trisomia D — Deaborn), în varianta sa descrisă de PATAU. Se asociază, în mod variabil, cu întîrziere în dezvoltarea

psihică, tulburări ale osificării scheletului, ulcerării cutanate. Anomalia genetică este reprezentată de localizarea unei gene recesive pe unul dintre cromozomii grupului D.

663. **ANALGEZIE GENERALIZATĂ** ● Lipsa sensibilității dureroase determinată de cauze neurologice, psihice și de insensibilitatea dureroasă congenitală. La acestea se pot adăuga cauze medicamentoase și toxice (alcool, opiacee etc.). Se deosebește de anestezie prin faptul că sînt conservate celelalte aspecte ale sensibilității (discriminatorii, tactile, termice).

● **ASIMBOLIA DURERII** — de natură neurologică și este consecutivă unor leziuni ale hemisferei cerebrale stîngi, sediul leziunii nefiind însă precis localizat. Este însoțită de alte semne neurologice de tipul somatognoziei, apraxiei reflexive, agnoziei digitale, nediferențierii dreapta-stînga.

● **INDIFERENȚA DUREROASĂ CONGENITALĂ** — se observă din copilărie, mai ales după apariția dentiției, cînd copilul își poate mușca limba, buzele, degetele, fără să resimtă durerea. Poate avea consecințe foarte grave. (fracturi, arsuri, diverse leziuni) și este însoțită de tulburări ale sensibilității generale. Anomalia este ireversibilă, iar examenul neurologic negativ. Întrucît stimulii care ar trebui să provoace durerea pot fi corect localizați topografic, se preferă termenul de indiferență congenitală la durere celui de analgezie. Diagnosticul diferențial se face cu analgeziile localizate din siringomieli, neuropatii senzitive congenitale, acropatii mutilante de tip Thèvenard. Ipotetic, ar fi o tulburare legată de endorfine.

● **ANALGIILE** — exprimă diferențele inter-individuale în ceea ce privește sensibilitatea dureroasă, determinate de factori personali, culturali, de mediu. Este posibil ca diminuarea pragului durerii în zilele noastre, comparativ cu secolele trecute, să fie legată de răspîndirea anesteziei și analgeziei, fapt care face ca însăși ideea de durere să fie mai greu acceptată. În isterie, analgezia generalizată se constată mai rar, fiind, de obicei, localizată. În schimb, la alți bolnavi psihici (în special la catatonici și în depresiile majore) existența unei reacții mult mai scăzute la durere favorizează acțiunile autoagresive și automutilări grave.

664. **ANALGIE** ^{sin.} → **ANALGEZIE**.

665. **ANALGIN**^(M) Bulgaria ^{sin.} → **ALGOCALMIN**^(M) România.

666. ANALGOGNOZIE (cf. gr. *α(ν)-*; *algos* „durere” și *gnosis* „cunoaștere”) ● Incapacitatea de înțelegere a unei dureri resimțite de subiect, însoțită de absența reacției de apărare sau de protecție. Subiectul păstrează totuși reacția afectivă obișnuită față de fenomenul dureros, fără ca acesta să atragă apariția unui comportament de evitare a circumstanțelor algogenice → ASIMBOLIE ALGICĂ; ASIMBOLIE LA DURERE.

667. ANALGOTIMIE (cf. gr. *α(ν)-*; *algos*; *thymos* „spirit”) ● Termen propus pentru a desemna scăderea pînă la abolire a reacțiilor afective provocate de durere și poate apărea, de exemplu, după lobotomie.

668. ANALITATE (cf. lat. *anus*) ● Ansamblu de determinări psihice inconștiente, legate de stadiul anal și de proprietățile erogene ale zonei anale. Prin analitate este desemnat un tip de fixație, cu consecințe asupra structurii personalității → ANAL — stadiu și STADII LIBIDINALE.

669. ANALITIC (cf. gr. *analytikos* „care poate fi descompus în părți”) ● Termen cu o sferă semantică foarte largă, implicată diferențiat în funcție de context și ca exemplu:

- metodă analitică — metodă care utilizează analiza (în opoziție cu metoda sintetică) și
- chimie analitică — ramură a chimiei care studiază elementele componente ale substanțelor și combinația lor și
- limbă analitică — limbă care exprimă diferitele raporturi gramaticale prin cuvinte separate și
- filozofie analitică — orientare filozofică larg răspândită în S.U.A., Anglia, Australia, R.F.G., care reduce filozofia la analiza logică a mijloacelor lingvistice și conceptuale ale cunoașterii. În sensul filozofiei analitice au luat naștere două curente principale: analiza logică-lingvistică a limbajului științei, promovată de B. RUSSELL, R. CARNAP, și analiza limbilor naturale, promovată de L. WITGENSTEIN și
- spirit analitic — capacitate mintală de a disocia părțile componente ale unui întreg și caracterizează în special introvertiții.

În psihiatrie este utilizat termenul de psihoterapie analitică, pentru a desemna un grup de metode psihoterapeutice de inspirație psihanalitică — psihoterapii scurte, psihoterapii familiale. Psihoterapia analitică utilizează me-

toda asociațiilor libere pe care le face subiectul verbalizînd orice imagine, idee, senzație care îi apare spontan în cimpul conștiinței. Analiza acestor asociații libere dezvoltă mecanismele de la nivelul inconștientului care au generat boala (în concepție psihanalitică) → PSIHANALIZA și ASOCIAȚIE LIBERĂ.

670. ANALIZĂ (cf. gr. *analytikos*) ● Termen a cărui polisemantică trebuie abordată diferențiat pentru a putea distinge următoarele accepțiuni:

- Operație mental-cognitivă (proces de gîndire), complementară și unitară cu sinteza care face segregarea și evaluarea fină (nuanțată) a elementelor și relațiilor dintr-un întreg logic. Informațiile astfel obținute vor fi regrupate și organizate într-o structură globală și generalizatoare de către sinteză. Acest „mecanism” care implică permanentul și, în fapt, simultanul proces analiză-sinteză, oferă cunoașterii umane o cale de abordare deosebit de eficace în fața complexității și practic infinității elementelor și fenomenelor realității. S. RUBINSTEIN a conceptualizat acest proces, aplicînd în abordarea problemelor „analiza prin sinteză”.

- Metodă și tehnică științifică, aplicată în diferite domenii ale cercetării (psihologice, statistico-matematice, chimice, sociologice, lingvistice etc.). Ea presupune, întotdeauna, reducerea întregului la părțile sale componente care, după ce sînt identificate, sînt amănunțit analizate, stabilindu-se succesiv relații între ele.

- Analiza psihologică, domeniu care interesează în mod deosebit psihiatria, impune, prin vastitatea domeniilor pe care le are de elucidat, rigurozitate și perspicacitate, precum și o corectă înțelegere a relațiilor și interferențelor care stau la baza motivațiilor și comportamentelor normale și patologice ale individului uman.

- Mod prescurtat de denumire al psihanalizei. Autorii de formație psihanalitică atrag totuși atenția asupra existenței riscului de apariție a unor confuzii cu analiza psihologică, domeniu mai larg și, așa cum am arătat, oarecum diferit. În psihanaliză, activitatea analitică constă în tehnica interpretării, cu rol în dezvăluirea mecanismelor inconștiente, a sensurilor ascunse. Este o analiză a rezistențelor și a transferului. Cu toate observațiile menționate mai sus, termenul este frecvent utilizat în locul celui de psihanaliză, în special în analiza didactică, „analiza directă, analiza sălbatică”, analiza terapeutică.

671. ANALIZĂ CAUZALĂ — sin. ANALIZA MULTIVARIANTĂ ● Metoda experimentală constă în analiza influențelor pe care le exercită introducerea unei variabile noi (atât ca intensitate, cât și ca direcție) în cadrul unei relații primare cu variabilele examinate (care pot fi comportamente, fenomene sociale etc.). Deși LAZARFELD și DURKHEIM sint citați ca promotorii ai metodei, Stuart MILL i-a precedat prin efectuarea unei analize cauzale simplificate (metoda diferentelor, a variațiilor concomitente). Concepind-o ca pe o „experimentare indirectă”, DURKHEIM a aplicat metoda în studiul psihosociologic efectuat asupra suicidului la populațiile francofone și germanofone din Elveția. Expresia matematică ce reflectă comparațiile sistematice efectuate, se enunță astfel: fie „n” situații, fiecărui asociindu-i-se $x_{1,2,3}$ și y valori. Dacă creșterea independentă a lui x_1 corespunde uneia a lui y, se poate conchide, în anumite condiții ce țin de situațiile n analizate, că există un efect a lui x_1 asupra lui y.

Constituind, alături de analiza prin simulație, una dintre posibilitățile substitutive ale experimentării în sociologie, analiza cauzală se aplică și în experimentele de laborator sau din pedagogie, beneficiind de noțiunile moderne de cauzalitate interdependentă sau relație funcțională, abordate probabilistic.

672. ANALIZĂ CRITERIALĂ ● Tip de analiză factorială, propus de EYSENCK (1950), care apelează la criteriile de validitate, în afara testelor folosite pentru stabilirea coeficientului de corelație dintre variabile.

673. ANALIZA (DE) CAZ ● Ansamblu de tehnici de investigație centrate pe cazuri particulare. Se bazează pe faptul că boala este o categorie fundamentală și generală, aparținând în special teoriei medicale, în timp ce practica medicală se aplică la bolnavi (conform principiului: nu există boli, ci bolnavi). Un grup de specialiști de la Clinica de Psihologie din Harvard, condus de H. A. MURRAY, a efectuat un studiu clinic și experimental pe 50 de subiecți, având următoarele scopuri: elaborarea unei teorii a personalității; alegerea/stabilirea acelor tehnici de investigație ce pot oferi date despre cele mai importante însușiri ale personalității; descoperirea printr-un studiu (pe cât posibil complet) a ceea ce este fundamental în personalitate. Grupul a încercat, prin metoda analizei de caz, să obțină pe de o parte o imagine obiectivă, corespunzătoare fiecărui individ particular, pe de altă parte, să deceleze acele trăsături co-

mune personalității, în genere, și anume trăsături care corelează pozitiv între ele (și invers: trăsăturile care corelează negativ).

674. ANALIZA (DE) CONTROL ● Cură psihanalitică practică de un analist debutant, sub controlul unui analist experimental; analiza de control face parte din formarea didactică a psihanalizatorilor.

675. ANALIZA (DE) CONȚINUT (CONTENT ANALYSIS) ● Procedeu de inventariere a unor elemente semnificative: cuvinte cheie, semnificanți, gesturi, discurs vorbit sau scris. Această inventariere vizează idei, sentimente, intenții, elemente sintactice și semantice, referințe implicite și explicite, prin decodificarea cărora s-ar putea deosebi conținutul latent de conținutul manifest. Există însă un efect de „anchorage” (ancorare), care constă în faptul că un răspuns este influențat de cadrul de referință, ceea ce distorsionează inconștient analiza de conținut.

676. ANALIZA DESTINULUI ● Domeniul tentant, dar încă dificil de abordat, deoarece analiza presupune cercetarea și ordonarea părților unui întreg în scopul obținerii unei concluzii cât mai juste; în materie de destin însă, avem încă prea puține date de ordonat, fapt uitat se pare de SZONDI, căruia îi datorăm termenul, metoda nefiind cel puțin până în prezent, confirmată.

Apărută într-o perioadă de euforie psihanalitică, teoria lui SZONDI consideră analiza destinului ca o analiză psihologică de tip abisal, care își află ontogenia în psihanaliza freudiană, iar arheologia în psihologia lui JUNG. Analiza destinului delimitează, în inconștient, trei niveluri:

- inconștientul individual, cuprinzând tot ce a fost refulat în copilărie;
- inconștientul familial, în care aspirațiile și pulsunile familiale, latente și oprite, își continuă acțiunea lor dinamică, generatoare de pericol;
- inconștientul colectiv (arhetipurile și reprezentările colective).

Metoda pornește de la ipoteza unui punct genetic de plecare a tuturor pulsuniilor, predeterminat de gene specifice, „gene pulsionale”. Genele pulsionale determină, după autor:

- aspirații sau tendințe pulsionale, cind este vorba de o singură genă (maternă sau paternă);

- **trebuiețe sau factori pulsionali**, cind este vorba de două gene omologe, paternă și maternă ;
- **pulsioni sau vectori pulsionali**, cind este vorba de un aliaj, de o intricare a doi factori pulsionali diferiți.

Doctrina pulsională a analizei destinului se sprijină pe dualismul perechilor antagoniste de aspirații sau trebuiețe. Vectorii pulsionali sînt : S (pulsunea sexuală — alcătuită din factorii h și s), P (pulsunea paroxismală — alcătuită din factorii e și hy), Sch (pulsunea Eului, alcătuită din factorii k și p), C (pulsunea de contact — alcătuită din factorii d și m). Destinul este văzut ca o rezultantă a unor factori extrinseci și intrinseci, este totalitatea posibilităților existențiale moștenite, care pot fi liber alese (SZONDI). Autorul definește un destin al constringerii (de pulsioni și afecte condiționate genetic, de mediu social și de conceperea lumii în mediul în care individul se naște) și unul al alegerii libere, ai cărui factori sînt funcțiile Eului și cele ale spiritului, cele două laturi completîndu-se dinamic și dialectic. Autorul consideră că destinul uman reprezintă un sistem de funcții care pot fi examinate într-o manieră precisă, medical și psihologic.

După autor, funcțiile pulsionale ale destinului se manifestă în cinci direcții de alegere : în dragoste, în prietenie, în profesiune, în tipul de boală și în stilul morții. Aceste alegeri se mai denumesc astfel : libidotropism, socio-tropism, ergotropism, morbotropism și thanatotropism. Diagnosticul experimental al destinului se face cu un test imaginat de autor → TESTUL SZONDI.

Teoria analizei destinului a fost violent atacată și contestată de-a lungul timpului. Cu tot caracterul ei pretins științific, imaginația și deosebitul talent al autorului în analiza psihologică a unor situații, sînt adesea singurele argumente care „susțin cu fapte” teoria.

677. ANALIZA DIDACTICĂ/PSIHANALIZA DIDACTICĂ ● În concepția psihanalistilor este definită drept psihanaliza specialistului care va practica profesia de psihanalist. Ideea nu atît de nouă, cum a părut pentru mulți, ea nu este, în fond, decît modernizarea vechiului dicton „cunoaște-te pe tine însuși”, considerată aici drept condiție profesională fundamentală.

FREUD considera că nu se poate practica psihanaliza fără explorarea propriului inconștient. De aceea, el întreprinde asupra lui însuși o astfel de explorare (autoanaliză), analiza de sine (Selbstanalyse) ca o condiție esen-

țială pentru controlul și stăpînirea contra-transferului. Încă nu există, în concepția lui FREUD, o distincție precisă între autoanaliză și analiză didactică. Psihanalitul trebuie să comunice liber cu propriul lui inconștient, care funcționează ca receptor pentru inconștientul subiectului (emițătorul) ; în măsura în care propria activitate inconștientă a psihanalistului va funcționa liber, neinfluențată de anumite motivații, psihanalitul va permite analizatului în discurs, o manifestare, de asemenea, liberă, fără a favoriza un element sau altul → ATENȚIE FLOTANTĂ. În 1922, la Congresul Asociației Internaționale de Psihanaliză, s-a pus cu insistență problema analizei didactice pentru orice persoană care intenționează să practice psihanaliza. FERENCZI consideră acest lucru ca fiind „a doua regulă fundamentală a psihanalizei”. Același autor semnaleză diferența dintre analiza terapeutică și analiza didactică și îl consideră că intervențiile terapeutice nu merg totdeauna pînă la acele profunzimi la care se raportează o analiză definitiv terminată, în timp ce analiza didactică trebuie să fie pe deplin încheiată, psihanalitul trebuind să-și cunoască și să-și controleze pînă la cele mai ascunse slăbiciuni, tendințe, motivații etc., propria sa persoană. Analiza didactică, destinată celui care va practica psihanaliza, modifică nu structura nativă a acestuia, ci aspectul cunoștințelor sale, în sensul că estompează latura achizitiv-informațională în favoarea experienței trăite. FREUD („Analiză finită și infinită”, 1937) consideră că analiza didactică este incompletă, că este important, într-o astfel de analiză, ca subiectul care o realizează să constate, la candidat, aptitudinile necesare practicării psihanalizei, să-i descopere existența propriului inconștient, să-i permită o cunoaștere a noțiunilor de psihanaliză prin descoperirea conținutului acestora în propria persoană și, astfel, să-i arate o primă secvență de activitate psihanalitică (BALINT — „Despre formarea psihanalitică”).

678. ANALIZA DIRECTĂ ● Metodă de psihoterapie analitică a psihozelor, aparținînd lui J. N. ROSEN, care constă în „interpretarea directă” și se interpretează mimica, gesturile, conduitele subiectului, ca manifestări specifice ale unor conținuturi inconștiente. Terapeutul devine, pentru subiect, figură maternă. Acest gen de psihoterapie nu necesită ca mediator analiza rezistențelor și asociația liberă.

Aplicarea psihanalizei la studiul și tratamentele psihozelor aparține în special școlii de la Zürich, care a încercat, folosînd metoda lui FREUD, o analiză psihologică generală a

proceselor mintale în cazul alienatului. Cei care practică analiza freudiană în psihoze aplică simbolistica ei la produsele imaginative ale nevroticului și la visul normal și se încearcă o analiză a ideilor delirante, a discursului, a gesturilor și conduitei psihoticului, în perspectiva simbolisticii freudiene. O particularitate a acestei metode constă în faptul că psihoticul nu este în stare de conștientizare sau insight-uri (pe parcursul analizei) care să completeze sau să elucideze semnificațiile delirului și ale altor manifestări de alienare, astfel încât terapeutul trebuie să suplinească acest lucru prin intuițiile și profesionalismul său. În plus terapeutul folosește comparația între reacțiile, manifestările, discursurile, gestica subiectului din perioada evoluției bolii și aceleași manifestări din perioada de remisie, sau cu o serie de alte manifestări pe care reușește să le provoace la subiect în legătură cu alte obiecte decât cele ale delirului său. Una dintre ideile școlii de la Zürich (în sensul celor de mai sus) este că delirul ar semnifica realizarea deformată a dorințelor, a tendințelor refulate ale subiectului, prin analogie cu mecanismul viselor.

Cele de mai sus reprezintă însă doar un punct de vedere care nu este unanim acceptat, în prezent, de școlile de psihiatrie.

679. ANALIZA DISTRIBUTIVĂ ● Metodă folosită în terapia psihobiologică, constând în interpretarea dirijată a comportamentelor anterioare ale subiectului, prin opoziție cu asociațiile libere din psihanaliză.

680. ANALIZA EXISTENȚIALĂ (germ. *Daseinsanalyse*) ● Metodă psihoterapeutică introdusă de BINSWANGER și, în același timp, concepută prin care se încearcă descrierea și înțelegerea structurală a tulburărilor psihopatologice ca fiind o transformare a „ființei în lume”, conform triplei dimensiuni a spațiului, timpului și comunicării și scopul urmărit este analiza trăirilor și problematicii existenței individuale prin descifrarea mesajului simbolic din biografia subiectului. Boala este privită ca un mod de a exista, ca o abordare simbolică a relației dintre lume și individ. Unicitatea trăirilor individuale, înțelese și respectate, neexplicate sau categorisite de către medic, deschide o cale fructuoasă de abordare terapeutică (în special în psihoze). Analiza existențială s-a dezvoltat pornind de la lucrările lui MINKOWSKI, BINSWANGER, ZUTT, KUNZ, LUHN, dar și sub influența filozofilor HUSSERL și HEIDEGGER. Datorită dificultăților mari ale metodologiei, volumului mare de muncă și unor deosebiri doctrinale, metoda

nu are o răspândire largă. Termenul ar putea fi tradus în românește și prin ANALIZA FIINȚĂRII.

681. ANALIZA FACTORIALĂ ● Metodă de analiză statistică, având drept scop depistarea factorilor comuni dintr-un ansamblu de variabile intercorelate. La baza analizei factoriale se află calcularea gradului de legătură care există între două variabile (coeficient de corelație). Practic, metodele de analiză factorială utilizate recurg la calculul matriceal obișnuit, având posibilitatea de a da semnificație calitativă datelor cantitative. În analiza factorială modernă, covarianța analizată clasic a fost înlocuită cu calculul corespondențelor (BENZECRI), care are la bază tabloul contingențelor între două variabile. Metoda analizei factoriale a fost folosită în studiile psihologice pentru determinarea aptitudinilor mintale și elaborarea unor teorii globale legate de inteligență. Într-un articol publicat în 1904 („Inteligența obiectiv măsurată și determinată”), socotit de mulți drept revoluționar, SPEARMAN pornește de la ideea că, dacă în cadrul rezultatelor unor teste ale psihologiei clasice se pot stabili matematic corelații semnificative, acest lucru se datorează unor factori mai largi cu caracter mai global, care pot fi astfel deduși și obiectivați. Pe baza analizei distribuției rezultatelor la diferite teste psihice, pentru un număr mare de subiecți examinați psihometric, SPEARMAN a pus în evidență două tipuri de aptitudini și anume: o aptitudine generală denumită „factorul G” (asimilat inteligenței) și o serie de aptitudini speciale, definite ca „factori S” (spațial, numeric, verbal etc.). Teoria structurală bifactorială a lui SPEARMAN asupra inteligenței a fost completată și dezvoltată de THURSTONE, GUILFORD, PEARSON și HOLZINGER. Teoria lui THURSTONE, „oligarhică” sau multifactorială, folosind o metodă de analiză matematică deosebită, a condus la elaborarea unei scale de inteligență și aptitudini cu nouă factori (spațial, perceptiv, numeric, verbal de semnificație și verbal de fluiditate, mnemonic, de raționament, de inducție și deducție). La aceștia se adaugă un factor de ordin secund, asemănător cu factorul G, dar mai puțin important.

O a treia concepție, „anarhistă”, aparținând lui THOMSON și THORNDIKE, consideră că inteligența este o multitudine de facultăți în mod esențial particulare și independente, în care probele fac sinteze ce nu au întotdeauna relevanță. Această concepție are în prezent puțini adepți printre „factorialiști”.

Analiza factorială în psihologie, în ciuda deosebirilor dintre diversele curente, a reușit să aducă elemente noi și clarificări de limbaj și metodă în evaluarea inteligenței. Cu toată obiectivitatea metodei și a încercărilor deosebit de laborioase — de nuanțare, ea nu a reușit încă să se desprindă de un anumit descriptivism și relativism. Este folosită și în sociologie, fizică, chimie etc.

682. ANALIZA FRECVENȚELOR ● Metodă modernă în analiza electroencefalografică, constând în înregistrarea frecvențelor din fiecare moment într-un sistem de axe (abscisă, ordonată). Se realizează astfel o reprezentare grafică sintetică a traseului. Această analiză se poate face fie legat de frecvența propriuzisă, fie de ordonarea spațială a acesteia (WALTER, KENNARD). Evaluarea cantitativă fină pe care această analiză o face și faptul că ea poate fi automatizată, deschid metodei largi perspective.

683. ANALIZA FUNCȚIONALĂ ● Metodă de analiză a structurilor componente și a funcțiilor acestora în cadrul unui sistem, în scopul relevării unor insuficiențe structurale și disfuncționalități care pot periclita supraviețuirea sistemului. După T. PARSONS, se are în vedere: adaptarea, finalitatea, integrarea și conservarea subsistemelor implicate în homeostazia sistemului.

684. ANALIZA IERARHICĂ ● Metodă de ordonare a itemilor folosiți în scalele de evaluare a unei caracteristici care variază în interiorul unei populații, în așa fel încât să se poată obține o scală ierarhizată care să corespundă următoarelor condiții (GUTTMAN): itemii sînt strict ordonați, scala se referă la o singură variabilă, subiecții formează clase ordonate.

685. ANALIZA INTROSPECTIVĂ ● Atitudine prin care persoana încearcă să pătrundă și să înțeleagă propriul său proces psihopatologic sau manifestările sale psihice în cauzalitatea lor. A nu se confunda cu autoanaliza (în timp ce autoanaliza vizează cauzele inconștiente, analiza introspectivă se păstrează în limitele conștientului, eventual ea ajunge la preconștient). Apare la subiectul aflat în primele faze ale depersonalizării, ca tentativă de a învinge angosă sau anxietatea provocată de sentimentul de straniețate resimțit față de propriul corp și față de realitate. Acest efort de a înțelege și explica ce se întimplă, nu caracterizează doar personalitățile psihastenice, ci se poate întîlni și într-o serie de alte circumstanțe ca: bufee delirante, crize de anxietate. M. BOUVET subliniază însă caracterul particular pe care

analiza introspectivă îl are la personalitățile psihastenice, unde în mod constant există o mare bogăție verbală în încercarea de a descrie cît mai „exact” ceea ce simte subiectul. Raportul analizei introspective cu depersonalizarea poate fi genetic sau poate apărea ca fenomen secundar. Subiectul, devenit „un spectacol pentru sine însuși” (FOLLIN), asistă la propria existență „ca la un spectacol dat de un altul” (FROMENTIN) și încearcă în această „implozie” să găsească cauzalitatea.

686. ANALIZA LOGICĂ ● Analiza structurii logice a unui proces de gîndire, în scopul verificării corectitudinii sale. Presupune următoarele etape:

- analiza limbajului: corectitudinea definirii termenilor și corectitudinea sintaxei limbajului §
- analiza modului în care sînt efectuate clasificările §
- analiza coerenței logice a gîndirii (a argumentării) §
- analiza necontradicției gîndirii.

Caracteristica principală a unui proces de gîndire este reprezentată de argumentare (raționament). Exprimarea unor opinii sau informații cunoscute nu necesită neapărat raționamente, ele putînd fi asimilate prin acceptare. Un loc important în analiza logică îl are formalizarea logică, cea mai corectă și mai eficientă metodă de formalizare logică cunoscută pînă în prezent fiind calculul predicatelor dintr-un text. În vederea aplicării acestei modalități de analiză (calculul predicatelor fiind calculul algoritmic corespunzător logicii predicatelor), trebuie să distrugem mai întîi predicatul (adică relațiile subiectului logic), domeniul lor de aplicație (universul discursului) și cuantorii logici, pentru a putea apoi traduce judecățile în limbajul predicatelor. La fel de importantă este cunoașterea contextului situațional, extralingvistic al discursului, pentru a putea astfel descoperi anumite premise teoretice ale raționamentului.

687. ANALIZA MULTIVARIANTĂ ^{sin.} →
ANALIZA CAUZALĂ.

688. ANALIZA OPERAȚIONALĂ ● Metodă de cercetare în psihologia industrială, constînd în analiza diferitelor activități productive prin defalcarea lor în operații concrete (elementare), care sînt codificate și reprezentate grafic sub formă de hărți, grafice, diagrame, cuprinzînd și timpii necesari de execuție. Aceste reprezentări spațiale privind desfășurarea operațiilor, și timpii corespunzători de execuție servesc optimizării proceselor, de muncă.

689. **ANALIZA PERSONALĂ** ● Este analiza care se efectuează asupra propriei persoane → ANALIZA DIDACTICĂ; AUTO-ANALIZA; TRAINING-ANALIZA.

690. **ANALIZA PLURIREFERENȚIALĂ** ● Este analiza de control la care participă mai mulți „controlori”, de obicei patru (quatrieme analyse), ca persoane de referință.

691. **ANALIZA PSIHOLIGICĂ** ● Strategia demersului psihodiagnostic constind din aplicarea unui ansamblu de tehnici — de la observarea metodică și intențională a conduitei, anamneză (studiul longitudinal), la tehnica chestionarelor și testelor psihometrice sau sociometrice (studiul structural), prin care se sondează semnificația și conținutul conduitelor umane din punct de vedere structural și funcțional, longitudinal și transversal, sincron și diacronic. În practica medicală, cu precădere în psihiatrie, este indispensabilă atât precizării diagnosticului pozitiv și evaluării restanțelor funcționale, cât și ca adjuvant pentru adoptarea celei mai eficiente terapii (psihologice sau chimice).

692. **ANALIZA PRIN SIMULAȚIE** ● Substituit al experimentării în analiza sociologică, numit și analiză cvasi-experimentală. Pentru a evalua o situație particulară Z , se stabilește o ecuație de tipul: $Y = f(x_{1,2,3} \text{ etc.})$, aceasta constituind un model prin care se determină distribuția lui Y într-o situație ipotetică unde x_1 sau x_2 ar putea fi distribuite altfel decât în situația inițial observată. La fel poate fi modificat f , funcția ce leagă variabilele independente $x_{1,2,3}$ etc. de funcția dependentă Y . Aceste manipulări „cvasi-experimentale” permit explorarea comportamentului sistemului în condiții diferite de cele inițiale și efectiv observate. Analiza prin simulație a fost utilizată în evaluarea calitativă a unor sisteme instituționale cu variabile independente numeroase (eficiența sistemului de învățământ primar în Franța, de exemplu), pornindu-se de la necesitatea estimării că o modificare instituțională benefică ar urmări transformarea sistemului $Y = f(x_{1,2,3} \text{ etc.})$ în sistemul $Y = f'(x_{1,2,3} \text{ etc.})$. Studiul comportamentului celui de al doilea sistem și compararea cu primul au fost suficiente pentru determinarea efectului schimbării instituționale asupra distribuției lui Y → ANALIZA CAUZALĂ.

693. **ANALIZA SĂLBATICĂ** ● Expresie utilizată de FREUD pentru a defini psihanaliza practică de persoane neexperimentate care adesea nu au fost supuse unei analize didactice și care nu înțeleg totdeauna exact tehnica de lucru sau nu pot aprecia corect momentul

în care pot interveni pentru a face interpretări pe materialul subiectului. FERENCZI situa analiza „sălbatică” în cadrul compulsiilor intelectuale, definitorii pentru persoanele care doresc întotdeauna să analizeze totul.

694. **ANALIZA STATISTICĂ** ● Modalitate specifică de prelucrare matematică a datelor, aplicată în funcție de obiectivul cercetării și consecutiv colectării și intabelării rezultatelor, măsurilor efectuate prin diverse tehnici, prin care se confirmă (sau se infirmă) și se verifică ipoteza de lucru. Este larg utilizată în toate domeniile științifice, avind o bogată aplicabilitate și în domeniul medical (studii epidemiologice, de morbiditate prin diverse boli; în organizarea sanitară; în cercetarea de teren a noxelor patogene; în diagnoza computerizată etc.)

695. **ANALIZA STRUCTURILOR LATENTE** ● Metodă specifică psihologiei, psihiatriei și sociologiei, constind în analiza și interpretarea caracteristicilor unor variabile auxiliare externe (comportamente, reacții, produse ale activității), care reflectă indirect conținutul structurilor latente, interne, subiective ce sînt astfel descifrate, în funcție de obiectivele propuse: sondarea semnificației sau conținutului unui proces psihic individual, al unui fenomen social sau al unei tulburări psihopatologice.

696. **ANALIZA TERAPEUTICĂ** ● Termen psihanalitic care se referă la alegerea mijloacelor terapeutice. Nu este utilizat, prezentînd interes istoric.

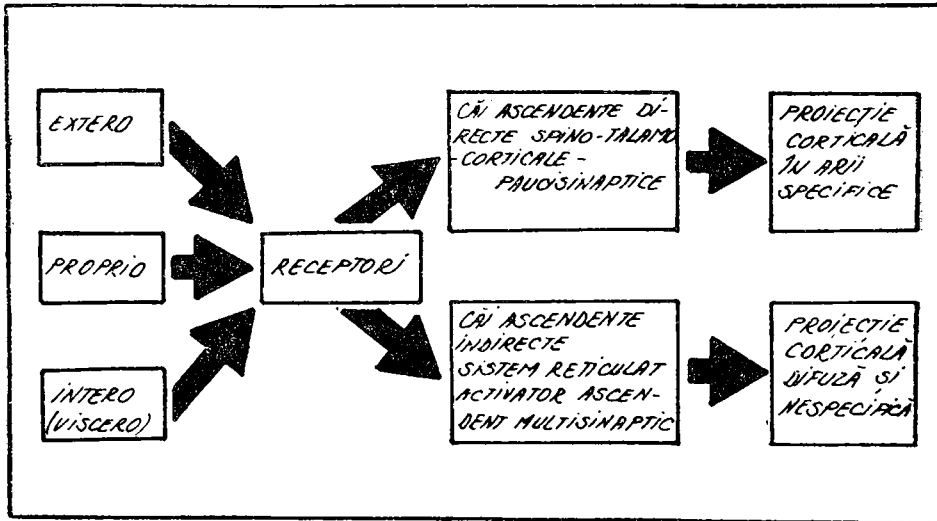
697. **ANALIZA TRANZACȚIONALĂ** → TRANZACȚIONAL.

698. **ANALIZĂ A VARIANȚEI** ● Metodă statistică prin care variația observată în datele experimentale este atribuită unor surse diferite, cunoscute. Se poate evalua astfel mărimea relativă a variației fiecărei surse și stabili dacă este mai mare decât cea presupusă de ipoteza nulă. Analiza varianței este utilizată destul de frecvent pentru evaluarea semnificației diferențelor dintre mediile statistice ale unor eșantioane diferite.

699. **ANALIZABILITATE** ● Caracteristică individuală legată de datele personale ale subiectului (vîrsta, inteligența, forța Eului etc.), care-l fac apt sau îl contraindică pentru cura psihanalitică. Mai sînt implicate în analizabilitate, beneficiile secundare, ca și mecanismele de apărare. Dacă acestea din urmă sînt fie prea fragile, fie prea rigide, cura poate fi definitiv compromisă, prin decompensări care pot avea un caracter dramatic.

700. ANALIZATOR ● Aparat neurofiziologic de percepere a stimulilor compus din trei elemente/segmente structurale : receptori senzoriali, căi nervoase, specifice și nespecifice, și centri corticali corespunzători. Adaptarea cit mai adecvată a organismului la mediul in-

tatea acestora este excesiv de mare. Prin modularea impulsurilor descărcate, neuronii senzitivo-senzoriali transmit centrilor superiori informații asupra calității, intensității, desfășurării temporare și distribuției spațiale a stimulilor. La extremitățile distale axonale,



Schema organizării generale a unui analizator

conjurător, fizic și social, în continuă mișcare și transformare, contactul permanent cu acesta și modificările din mediul intern sînt condiții care fac imperios necesară informarea rapidă și completă a etajelor superioare ale sistemului nervos central, informare realizată de sistemele complexe ale analizorilor.

PAVLOV este cel care a atribuit termenul de analizator acestor sisteme definite ca structuri funcționale legate de reflectarea selectivă, diferențiată a excitanților din mediul intern și extern. Receptorii sînt celule nervoase specializate cu structuri celulare aneurale, care transformă informația adusă de diverși stimuli din mediu în impulsuri nervoase și sînt deci niște traductori care transformă diversele forme de energie — mecanică, termică, electromagnetică, chimică — în impulsuri nervoase codificate în frecvență. Spre deosebire de neuroni, receptorii au proprietatea de a fi activați de modificări specifice, deci de a descărca impulsuri nervoase la praguri mai mici ale intensității stimulilor adecvați. Impulsurile pot fi descărcate și la stimuli neadecvați, dar numai în condițiile în care intensi-

impulsurile nervoase declanșate ca urmare a activității receptorilor, vor determina permeabilizarea membranei presinaptice și descărcări variabile în funcție de tipul de sinapsă. Impulsurile produse vor fi transmise ascendent, datorită proprietății sinapsei de a unidirecționa stimulii. Căile ascendente prin care aceștia ajung la nivel central sînt directe și indirecte. Călea directă este reprezentată de traseul spino-talamo-cortical (paucineuronal, cu puține sinapse), prin care impulsurile sînt conduse rapid și proiectate într-o zonă corticală specifică. Călea indirectă (multisinpaptică) este reprezentată de sistemul reticular activator ascendent, prin care impulsurile sînt conduse mai lent și proiectate cortical, difuz și nespecific; această proiectie permanentă difuză menține starea de veghe necesară discriminării stimulilor specifici. Călea de conducere directă, ultima stație de releu, este reprezentată de talamus, spre care converg toate aferențele specifice extero-, intero- și proprioceptive,

cu excepția căii olfactive, la acest nivel avind loc integrarea tuturor semnalelor de la receptori. Din talamus pornesc spre cortex un număr redus de semnale superior prelucrate, pe baza cărora cortexul elaborează un model intern al lumii înconjurătoare și al propriului organism. Are loc astfel un proces de integrare la nivel superior adică de trecere de la multitudinea de semnale disparate la un semnal superior integrat, cea mai fină integrare la nivel superior avind loc la nivel cortical. Fiecare analizator are o arie corticală pe care se proiectează în mod preferențial semnalele emise de anumiți receptori, semnale care au suferit procesul de superizare pe traseul căilor de conducere. Deși au localizări precise, aceste arii nu au granițe net trasate, astfel că, pe de o parte, ele se întrepătrund, iar pe de altă parte, la elaborarea unei anumite senzații sau percepții participă și ariile asociative, arii comune pentru toți analizatorii și așa se explică, în clinica psihiatrică, faptul că, de exemplu, halucinațiile apar deseori în asociații, la nivelul mai multor analizatori (auditive cu vizuale, gustative cu olfactive, tactile etc.). La perceperea conștientă a lumii înconjurătoare ia parte însă, alături de analizatori, și formațiunea reticulată mezencefalo-diencefalică. Căile de conducere specifice fiecărui analizator realizează corespondența dintre localizarea topografică a receptorilor și senzația corticală specifică, provocată prin excitarea lor. Cu ajutorul analizatorilor se formează senzațiile — reflectare conștientă, ca imagine directă a unei proprietăți simple a unui obiect sau fenomen, receptare senzorial-unimodală transmisă prin intermediul releelor succesive ascendente ale unui singur analizator, pînă la etajul superior al integrării în scoarța cerebrală.

Condiții patologice multiple pot afecta funcționalitatea normală a analizatorilor: îngustarea cîmpului conștiinței, intervenția unor circuite mnezice, perturbarea mecanismelor somn-veghe, dereglarea coordonării senzorio-motorii și leziuni ale căilor de transmisie și ale centrilor subcorticali și corticali ai analizatorului; toate acestea determină eliberarea activității analizatorilor de sub controlul cu efect în general inhibitor al cortexului, rezultatul fiind apariția iluziilor și halucinațiilor. Nu se cunoaște încă motivul pentru care o leziune, indiferent de etiologia sa, o stare toxică (→HALUCINOGENE) sau deprivarea senzorială pot determina halucinații sau iluzii; la fel de necunoscut fiind și mecanismul lor de generare. Astfel, iluziile vizuale pot fi

determinate atît de leziuni ale scoarței lobului occipital, temporal, parietooccipital, cît și de intoxicații și deprivări senzoriale.

Halucinațiile vizuale elementare sînt patognomonice leziunilor occipitale. Halucinațiile complexe, determinate de leziuni în lobul temporal, sînt însoțite de sentimentul de „dêjà-vu”, iar leziunile parietale și occipitale determină și participarea unor mecanisme mnezice în generarea halucinațiilor. S-a observat, de pildă, că halucinațiile apărute în cadrul cecității de cauză periferică presupun existența și a unei suferințe cerebrale.

Halucinogenele și deprivarea senzorială conduc la apariția unor dereglări de-a lungul căilor vizuale ponto-geniculo-occipitale, iar leziunea majoră a centrilor vizuali corticali poate determina cecitate corticală, în timp ce surditatea corticală este determinată de leziuni temporale.

701. ANALOGIE (cf. gr. *analogia* „proporție, corespondență”; lat. *analogia* „asemănare, simetrie”) ● Asemănarea unor lucruri,



Eshker

procese, sisteme ori situații deosebite calitativ. Atunci cînd similaritatea privește structura a două realități (forma de organizare, schema relațiilor dintre elemente), analogia se prezintă ca izomorfism (identitate structurală) sau homomorfism (cvasi-identitate structu-

rală). Sub aspect substanțial, analogia se referă la similaritatea elementelor care intră în alcătuirea fenomenelor comparabile. Cel mai adesea; analogia presupune atât aspecte de ordin structural, cit și asemănări substanțiale, putînd să fie profundă — atunci cînd surprinde similitudini esențiale între două sau mai multe realități, sau superficială — dacă omologhează identități ce țin de aparența fenomenală a termenilor comparați. Analogia poate avea o funcție euristică, sugerînd ipoteze fertile, a căror dezvoltare presupune însă un travaliu teoretic desprins de observația analogică. Deducția raționamentului prin analogie poartă în sine riscul unor concluzii surprinzătoare, interesante, dar lipsite de adîncime.

Cînd analogia, ca proces psihologic, se face fără a pătrunde în esența unor cauzalități, fără surprinderea șirului de fenomene care conduc către o etapă anumită, avînd calitatea de a-i sugera subiectului posibila comparație, ea poate lua un aspect numai cu puțin în afara sferei patologicului. Așa se întîmplă în manie și la intelctele liminale, în cazul cărora capacitatea de analiză este mult redusă.

De asemenea, ignorarea unor circumstanțe sau înlocuirea lor cu unele imaginare, așa cum se întîmplă în psihozele delirante, conduc la realizarea unor pseudoanalogii cu un caracter nu numai surprinzător, ci și absurd, al căror mecanism este pentru observator evident neinteligibil. Ele pot constitui punctul de dezvoltare a unor deliruri sistematizate.

702. ANALOGIE — Legea lui Thorndike

● Legea a învățării potrivit căreia animalul sau ființa umană reacționează la o situație nouă în același mod în care au reacționat într-o împrejurare anterioară asemănătoare.

703. ANALOGIE^(T) test ● Tip de probă cognitivă care se bazează pe descoperirea de către subiect a relațiilor de asemănare dintre cuvinte, imagini, obiecte, forme etc. Acestea pot să aibă diferite grade de dificultate, implicînd uneori niveluri de abstractizare foarte ridicate. Testele care folosesc analogiile sînt puternic saturate în factorul G (intelligență generală), fapt care l-a făcut pe WECHSLER să declare că sînt printre cele mai bune instrumente de măsurare a inteligenței. Sînt construite și utilizate fie ca teste independente (testul de analogii Miller), fie ca subteste în cadrul unor baterii, cum ar fi proba de similitudini din bateria de inteligență Wechsler.

704. ANAMETRIN^(M) Portugalia — DCI *Nomifensină* ● Antidepresiv timoleptic de tip 8-amino-1, 2, 3, 4-tetrahidro-2-metil-4-fenil-isochinolină, indicat atît în depresiile psihotice,

cit și în cele psihogene și somatogene de intensitate medie, preferat în tratamentul ambulator și contraindicații: deliruri acute, alcoolism cronic, intoxicații cu somnifere, sarcină.

705. ANAMNEZĂ — În psihiatrie (cf. gr. *anamnesis* „acțiunea de a-și aminti, amintire“)

● În concepția lui PLATON, creatorul termenului, desemna amintirea unor idei contemplate de sufletul omenesc în existența sa antepămînteană. În medicină, anamneza s-a dovedit un instrument activ de lucru, nu numai în stabilirea diagnosticului, ci și în realizarea unei atitudini coerente de tratament și ca modalitate de predicție a evoluției. Mai mult decît în alte specialități medicale, în psihiatrie anamneza nu se poate rezuma la simpla descriere a antecedentelor bolii, la sordida enumerare a episoadelor care au necesitat internare etc. Ea trebuie nu numai să culegă informații privind starea actuală a subiectului, să aprecieze gradul în care el se îndepărtează de axa normalității, ci să „nuanțeze“ și anumite repere biografice, care orientează pe psihiatru spre fundalul structurii de personalitate, spre dinamica procesului morbid în desfășurare și spre direcția sa de viitor. Se pare că „nimic nu e mai greu decît stabilirea istoriei subiectului și a bolii sale“ (Y. PELICIER), că selecționarea discriminativă a multitudinii de informații nu se poate realiza decît rareori dintr-o singură examinare. În ciuda aparentei contradicții dintre incertitudine și imprecizia pe care varietatea infinită a bolnavilor psihici o înfățișează psihiatrului (mai ales celui începător), simțul clinic și instrucția profesională riguroasă vor reuși să țese, prin împletirea lor, un cadru ferm, care să reliefeze fiecare detaliu al finei tapiserii ce are valoare numai în ansamblu. Elaborarea unui profil tridimensional al subiectului (psihologic, biologic și social) nu se poate face cu brutalitatea criteriologică ce riscă să estompeze personalizarea bolii. De aceea, fără să fim adepții unei anamneze psihiatrice „pe puncte“, ni se pare totuși util ca, din motive de sistematizare și de spațiu, să rezumăm situațiile pe care anamneza le relevă ca încărcate de semnificație diagnostică, prognostică și de angajare terapeutică. Valoarea crescută a anamnezei în patogeneza patodinamică față de alte specialități și rolul ei aproape decisiv pentru opțiunile psihiatrului rezultă și din situația particulară a bolnavului psihic, care:

- nu este totdeauna conștient de boala sa și
- nu poate evoca totdeauna istoricul bolii, din cauza stării sale și
- nu oferă totdeauna o expunere logică, inteligibilă sau plauzibilă.

Tabel nr. XV

ANAMNEZA ÎN PSIHIATRIE (criterii orientative)

Obiective propuse	Informații obținute despre boală (direct/indirect)	Elemente semiologice și corelații psihopatologice posibile
1	2	3
1. Date biografice	<ul style="list-style-type: none"> ● vîrsta, sexul, profesia § ● relațiile cu părinții (divorț, adopțiune, alcoolismul tatălui etc.) § ● relațiile cu familia (modelul de comportament marital și față de ceilalți membri ai familiei; mediu familial psihotraumatizant) § ● copilăria: infirmitate, carență afectivă și alimentară, carență/exces de autoritate, factori sociali deficitari, atitudini parentale nevrotice 	<ul style="list-style-type: none"> ● menționări uzuale în fișa de observație § ● mărturisiri uneori dificile § ● gradul de instrucție, deci de comprehensiune § ● sentimente de frustrare/satisfacții § ● condiționări patogene § ● sentimente de inferioritate, de insecuritate, frustrare + nevoi afective crescute
2. Antecedente heredocolaterale (riscul ereditar)	<ul style="list-style-type: none"> ● prezența alcoolismului § ● suicid § ● generalități, arbore genealogic § ● afecțiuni psihice/somatice ale unuia din părinți (necesitînd internare) 	<ul style="list-style-type: none"> ● importante în special pentru psihozele schizofrenice și afective
3. Antecedente patologice	<ul style="list-style-type: none"> ● afecțiuni somatice § ● psihoze afective cu un episod depresiv ignorat în tinerețe § ● alte afecțiuni psihice manifeste clinic/subclinic/neobservate 	<ul style="list-style-type: none"> ● data debutului neurozei § ● recăderi ale psihozelor cronice
4. Istoricul bolii actuale	<ul style="list-style-type: none"> ● debut: — brutal, exploziv — secundar altei afecțiuni — lent, progresiv Observații: ● polimorfismul formelor clinice de debut ● severitatea prognosticului este invers proporțională cu „amplourea” tabloului clinic; ● aspectul înșelător al evoluției bolii psihice în condițiile întreruperii intempestive a medicației § ● intensitatea și durata stărilor acute sînt mult reduse astăzi datorită psihofarmacoterapiei 	<ul style="list-style-type: none"> ● psihoze afective (depresivă/maniacală) § ● sindrom confuzional (de diferite etiologii) § ● toxicoinfecții § ● boli cardiocirculatorii § ● psihoze cronice § ● psihoze schizofrenice (depresie atipică, sindrom obsesiv, sindrom halucinator delirant) §

Tabel nr. XV (continuare)

1	2	3
<p>5. Modificări în sfera comportamentului</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● de obicei, relatări ale anturajului/urmărire penală; ● fugi; ● tentative de suicid (ne/reușite, ne/spectaculoase); ● acte de violență, accidente; Observații : ● patologia conducătorilor auto: accese de violență, fugă de la locul accidentului, accidente multiple; ● deturnările de avioane (terorismul internațional); ● furturi, excrocherii; ● cleptomania; ● exaltarea erotismului; ● atentat la moralitate; ● incendieri; ● homicid; ● rolul determinant al alcoolismului în creșterea agresivității 	<ul style="list-style-type: none"> ● crize relaționale; ● structuri dizarmonice ale personalității; ● raptusuri (impulsive, în intoxicații); ● demența senilă; ● sindromul confuzional post-criză epileptică; ● reacție conflictuală (nevroze); ● schizofrenie (acțiuni bruște, imprevizibile, fără scop); ● manie (călătorii intempestive cu diferite mijloace de transport); ● de la reacții pînă la psihoze și demențe; ● structuri dizarmonice ale personalității; ● alcoolism; ● furor epileptic; ● deliruri cronice (gelozie); ● labilitate emoțională/alcoolism/ambele; ● deliranții persecutați; ● mitomanii; ● sindrom confuzional (demențe, epilepsie etc.); ● schizofrenie (caracter gratuit); ● imaturitate psihoafectivă; ● sindrom confuziv-obsesional; ● paraliza generală; ● manie; ● delirul erotomanic; ● schizofrenie (debut); ● nevroze (unele); ● structuri dizarmonice ale personalității; ● dizarmonici perverși sexuali exhibiționiști, pedofili); ● demențe; ● sindrom confuzional; ● oligofrenie; ● alcoolism; ● oligofrenie; ● alcoolism; ● piromania compulsivă; ● mecanism imitativ; ● deliranți cronici (gelozie, persecuție); ● demențe; ● sindrom confuzional; ● schizofrenie (caracter bizar, absurd);

Etapă a actului medical, cu importanță și implicații mai mari decât în orice altă specialitate, anamneza prezintă, în plus, particularitatea de a fi realizată, de cele mai multe ori, în etape care în loc de a fragmenta acest demers, vin să-l întregască pentru a realiza în final acel bilanț de care diagnosticianul are nevoie.

706. ANAMNEZA ASOCIATIVĂ LIBERĂ ● Metodă propusă de F. DEUTSCH, pionier al medicinei psihosomatice, în care evenimentele ce pot căpăta o interpretare psihanalitică sînt cu rigurozitate reținute în cadrul anamnezei aplicate celui suferind de o afecțiune somatică. Această abordare a oferit o serie de demersuri fertile pentru psihanaliză, în deschiderea sa către medicina psihosomatică.

707. ANAMOX^(M) S.U.A. — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-cloro-11-(1-piperazinil)dibenz/b, f/1,4/oxazepină, cu acțiune antidepresivă care se instalează rapid (absorbție 90 de minute, T 1/2 = 30 h) și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo-și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post infarct miocardic.

708. ANANCAST (cf. gr. Ananke) ● Tip de personalitate făcînd parte din grupa „neliniștitilor și nesigurilor” (Kurt SCHNEIDER), care „se disting prin lipsa capacității de refulare” (K. LEONHARD). O. KAHN afirmă că nu există un singur tip de anancast și că „singurul criteriu de unificare a anancaștilor ar fi că toți au la bază o nesiguranță generală”. Se caracterizează prin ordine, dorință de rigoare și precizie, incapacitate decizională spontană, pedanterie. Lipsa imaginației, dorința de delimitare clară, precizia, seriozitatea cu care privește lucrurile, ca și nevoia internă de a le duce la bun sfîrșit, îl îndreaptă spre o anumită sferă profesională, în care își găsește o perfectă circumscriere: contabilitate, justiție, astronomie, în medicină — neurologia, bibliotecari. Pe plan afectiv se poate nota lipsa de rezonanță și spontaneitate, hipoafectivitatea, ceea ce îl face să aibă un număr mai restrîns de contacte sociale și prietenii. M. LĂZĂRESCU caracterizează pe plan social categoria anancaștilor prin orgoliul ascuns (sub masca modestiei și autodeprecierii) și conștiința morală rigidă. El stabilește acestei familii caracteriologice următoarele subtipuri: aderentul de munca sa, muncitorul orgolios expansiv, clasificatorul colecționar, omul clar delimitări, paranoiformul, seriosul funcționar. De notat tendința anancastului de iden-

tificare cu funcția sa socioprofesională. Este predispus spre fenomene obsesive de diferite grade de intensitate, cel mai adesea nevrotice.

709. ANANIEV Boris Gherasimovici (1916—1972) ● Psiholog sovietic de prestigiu, și-a desfășurat activitatea la Leningrad, fiind preocupat atît de psihologia generală și a copilului, cit și de cea aplicată. Lucrările sale cele mai importante sînt legate de „Limbajul interior”, 1946 și „Psihologia copilului”, 1948 și „Psihologia generală”, 1954. De o deosebită apreciere s-a bucurat una dintre ultimele sale lucrări (1968) referitoare la caracterul multidimensional al creației și competenței umane.

710. ANANKE ● Zeitate greacă a fatalității, mama lui Nemesis (rezultată din cuplul Zeus-Ananke) și devine zeita ordinii și echilibrului moral, prin dozarea fericirii și nenorocirii umane, de la fatalitate la echilibru. Ambele zeități au rol în menținerea locului destinat fiecărei ființe și păstrarea măsurii în toate, avînd și atribute de constrîngere și reprimare a manifestărilor ce frizează dizarmonia.

711. ANAPREL^(M) Belgia, Franța — DCI *Reserцинamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive, este un marcat hipotensiv.

712. ANAPSIQUE^(M) Mexic — DCI *Ami-triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ^{sin.} → AMITRIPTILINA^(M) România.

713. ANARA^(M) Ungaria — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică ^{sin.} → BENZEDRINE^(M) Canada.

714. ANARITMERIE (cf. gr. *a(n)-*; *arithmos* „număr”) ^{sin.} → ACALCULIE.

715. ANARTRIE (cf. gr. *a(n)-* și *arthron* „articulație”) ● Imposibilitatea articulării cuvintelor, determinată de apariția unei leziuni centrale a arilor implicate în realizarea vorbirii. Propus de LEYDEN în 1876, termenul este preluat de P. MARIE pentru descrierea afaziei motorii pure. În 1878, KÜSSMAUL va descrie tulburările de acest tip sub numele de afazie ataxică, opusă afaziei amnezice.

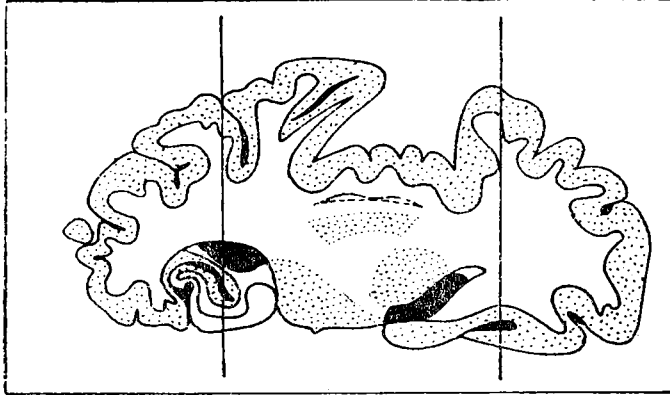
În opinia sa antisociaționistă, P. MARIE va descrie așa numitul patruleter al anartriei, delimitat anterior printr-un plan vertico-

frontal trecînd prin şanţul care desparte F_a de insula Reil, şi posterior pînă la limitele acesteia, mergînd în profunzime pînă la capsula internă.

Problema apartenenţei anartriei la grupa afaziei sau la cea a apraxiilor suscită încă discuţii, partizanii unităţii afaziilor subliniind faptul că anartria şi alexia nu ar fi decît diverse tulburări

nian pe care-l susţin, autorii consideră că anastolia este un fenomen negativ în cadrul procesului de dezintegrare.

717. ANATENAZINE^(M) Japonia — DCI *Flufenazine enantate* ● Neuroleptic incisiv, cu acţiune de lungă durată → ANATENSOL^(M).



Patrulaterul anartriei.

supraadăugate procesului morbid (HECAEN). HEAD consideră anartria o „afazie verbală”; în consecință, funcțiile nominale (gramaticală, limbajul interior, lectura mintală și scrisul) ar fi conservate.

După ALAJOUANINE, OBERDANE și DURAND, trei aspecte se intrică în anartrie: un aspect paretic, unul dionic și unul dispraxic, realizînd așa-numitul „sindrom de dezintegrare fonetică”. Un ultim aspect este legat de lucrările lui LIEPMANN, care a întrevăzut posibilitatea de a apropia tulburările expresiei verbale de o apraxie a mușchilor vorbirii.

BAY și NATHAN vorbesc, în acest sens, de anartrie ca de o dizartrie apraxică, iar F. LHERMITTE consideră apraxia doar stadiul inițial al anartriei. Trecerea mai largă în revistă realizată are scopul de a evidenția greutatea legate de circumscrierea acestei tulburări și ea are totodată rolul de a sublinia diferența dintre conținutul termenului și aparenta facilă abordare etimologică.

716. ANASTOLIA (cf. gr. *anastoli* „acțiunea de a reprimă”) ● Termen propus de MONAKOW și MOURGUE pentru a desemna tipul activităților nervoase cu caracter inhibitor. Ei descriu o anastolie simpatcă, una antipatică și una apatică. Conform modelului jacksonian

718. ANATENSOL^(M) Brazilia, Italia, Japonia, Olanda — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilofenotiazinic de tip 4-β-2-(trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoide-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

719. ANATENSOL DECANOAT^(M) Belgia, Polonia, Olanda — DCI *Flufenazină decanoat* ● Neuroleptic incisiv, cu acțiune de lungă durată → ANATENSOL^(M).

720. ANATENSOL ENANTATE^(M) Australia, Portugalia — DCI *Flufenazină enantat* ● Neuroleptic incisiv, cu acțiune de lungă durată → ANATENSOL^(M).

721. ANATOPISM MINTAL (cf. gr. *anatopein* „a schimba locul”) ● Situație psihopatogenă de neadaptare a emigranților la noua societate, descrisă de COURBON (1937) la nord-africanii veniți în Franța. Fiind o noțiune topologică, trebuie deosebită de aculturație, avînd drept caracteristică premisa structurală, spațială și vectorială (în sensul lui K. LEWIN). Anatoπισmul mintal și izolarea culturală pot antrena tulburări psihice: fenomene deviate, prin adoptarea de comportamente neacceptate

și neacceptabile în noua societate, prin incapacitatea de a achiziționa noile roluri și tulburări de tip depresiv, de obicei, trenant, uneori însoțite sau manifestate prin cenoștopatii, suferințe hipocondriace, reacții paranoide („paranoidul de izolare prin necunoașterea limbii” — WUTT și ALLERS) și psihoze endogene care pot fi ocluzionate clinic prin situația de anapopsism mintal, survine uneori tardiv, când stressul aculturației pare să fie depășit (ODEGAARD observă schizofrenii la norvegienii emigrați în S.U.A., după cinci ani, iar HSIEN RIN, la chinezii emigranți). Personalitatea premorbidă și întreaga constelație a condițiilor de mediu au o mare importanță, fiind practic imposibil de stabilit o cronologie unică a apariției tulburărilor în astfel de situații.

722. ANCHETA SOCIALĂ ● Metodă fundamentală de investigație a sociologiei, care operează cu tehnica „întrebare-răspuns”, în vederea cuantificării unor fenomene sau procese sociale. Există numeroase clasificări ale tipurilor de anchetă. Astfel, MOSER diferențiază, anchetele sociale în funcție de scop, obiect, cuprindere și sursa de informație. După scop, pot fi descriptive sau explicative, iar după obiect (conținut) vizează o serie de tipuri mari de probleme:

- caracteristicile demografice ale unui grup de oameni (structura familiei, statusul matrimonial, fertilitatea, vîrsta etc.)
- mediul social (totalitatea factorilor sociali și economici care influențează persoana, incluzînd aici ocupația și venitul, condițiile de locuit, serviciile sociale)
- activitățile în timpul liber
- opiniile și atitudinile.

După alte criterii, anchetele sociale pot fi de explorare (cu accent pe analiza calitativă), de diagnostic (verificarea unor ipoteze și formularea altora), experimentale (manipularea variabilelor, a factorilor și condițiilor de influență). Perimetrul anchetelor sociale poate cuprinde de la câteva cazuri sau un eșantion riguros selecționat, pînă la grupuri arbitrare. Sursa de informații determină și utilizarea unor anumite tehnici de recoltare a datelor: observația, chestionarul poștal, interviul personal. Ca metodă principală de culegere a datelor, ancheta socială folosește cel mai frecvent două tehnici: interviul și chestionarul. În limbajul comun și, uneori, în practică, se confundă ancheta socială cu investigația socială de caz. Ancheta socială (mai corect, sociologică) presupune parcurgerea sistematică a mai multor etape:

- delimitarea obiectului

- preancheta
- determinarea obiectivelor și formularea clară a ipotezelor
- definirea universului anchetei
- alcătuirea eșantionului
- alegerea tehnicilor de cercetare
- pretestarea instrumentelor de cercetare
- definitivarea instrumentelor de cercetare
- aplicarea în teren (culegerea datelor)
- prelucrarea datelor
- analiza rezultatelor
- redactarea raportului de cercetare.

În domeniul medicinei, avînd în vedere că boala este un fenomen bio-psiho-social, acest gen de anchetă urmărește factorii sociali care au un rol în etiopatogenie, aspecte de epidemiologie etc. În practica medicală se utilizează frecvent investigația socială de caz (cunoscută și sub denumirea de „cercetare de teren”), care diferă de ancheta sociologică atît prin scopurile specializate (nemijlocit medicale), cît și prin modurile de realizare. Indicația și elaborarea obiectivelor investigației sociale de caz revin medicului, iar efectuarea acestora revine asistentului social. Informațiile obținute permit cunoașterea interrelațiilor dintre modul de viață și boală, a factorilor sociali care au favorizat apariția și evoluția procesului morbid, a consecințelor bolii asupra mediului social și psihosocial, a eficacității terapiei instituite etc. În acest sens, pot fi întreprinse investigații la domiciliu și la locul de muncă, avînd următoarele obiective (direcții):

- pentru diagnosticul clinic, compararea acuzelor subiective ale bolnavului cu informațiile obținute de la membrii familiei sau de la colectivul de muncă
- pentru diagnosticul funcțional, obținerea unor informații suplimentare asupra deficitului funcțional. Cunoașterea atît a problemelor preexistente îmbolnăvirii, în mediul familial și profesional, cît și a problemelor apărute ulterior contribuie la stabilirea recomandărilor terapeutice și, mai ales, la precizarea indicațiilor de reinsertie socială
- periodic, pe parcursul terapiei, poate fi urmărită aplicarea indicațiilor de tratament medical și a acțiunilor sociale de care beneficiază bolnavul. În acest sens, investigația vizează problematica socio-familială (structuri și funcții ale familiei, locul și rolul subiectului în cadrul acesteia) și cea socioprofesională (program redus, regim de muncă, amenajare a locului de muncă, absentism, productivitate, relații și comportament în muncă).

Cu toate că ancheta socială constituie o metodă de bază în investigarea universului social, ea nu trebuie absolutizată. Considerând că în fiecare fapt social apare interacțiunea dintre obiectiv și subiectiv, iar procesele sociale sînt condiționate și determinate de o multitudine de factori, MANEA (1985) sublinia că răspunsurile obținute la întrebările adresate subiecților nu reprezintă decît o imagine a faptului social, reflectată și reprodusă de aceștia. În concordanță cu propria lor concepție despre viața socială. Prin urmare, într-o investigație socială științifică nu este suficient ca sociologul sau asistentul social să asculte subiecții și să noteze cu fidelitate răspunsurile lor în vederea unui diagnostic comportamental, adică să preia necritic tot ce se relatează referitor la aspectele analizate, ci să verifice pe cît posibil informațiile cu date obiective. Socialul este o abstracție și poate fi cunoscut prin expresiile sale exterioare: manifestări, acțiuni, opinii, atitudini. Talentul și experiența investigatorului social constau tocmai în capacitatea sa de a observa aceste expresii și de a le da o interpretare proprie.

723. ANCHOLACTIL^(M) Grecia — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ^{sin.} → CLORDELAZIN^(M) România.

724. ANCHOLIBRE^(M) Grecia — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic derivat dibenzocicloheptanic ^{sin.} → AMITRIPTILINA^(M) România.

725. ANCHONAT^(M) Grecia — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → OXAZEPAM^(M) România.

726. ANCHOSTAN^(M) Grecia — DCI Trifluoperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic ^{sin.} → TRIFLUOPERAZINA^(M) România.

727. ANCOLAN^(M), ANCOLAXIN^(M) Anglia — DCI Meclozină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

728. ANDANTOL^(M) Elveția, Franța, Grecia — DCI Isotipendil

ANDANTOL FORTE^(M) Italia, R.F.G.

ANDANTON^(M) Japonia, Spania

● Derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)-10H-pirido[3,2-b]/1,4/benzotiazină, cu acțiune dublă; neuroleptic-sedativă și anti-

histaminică — ambele valențe moderate, dar cu efecte secundare minime, ceea ce le conferă o gamă largă de utilizare.

729. ANDAXIN^(M) Ungaria, U.R.S.S. — DCI Meprobamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → MEPROBAMAT^(M) România.

730. ANDERS^(B) boală — ^{sin.} ADIPOZA DUREROASĂ → DERCUM^(B) boală.

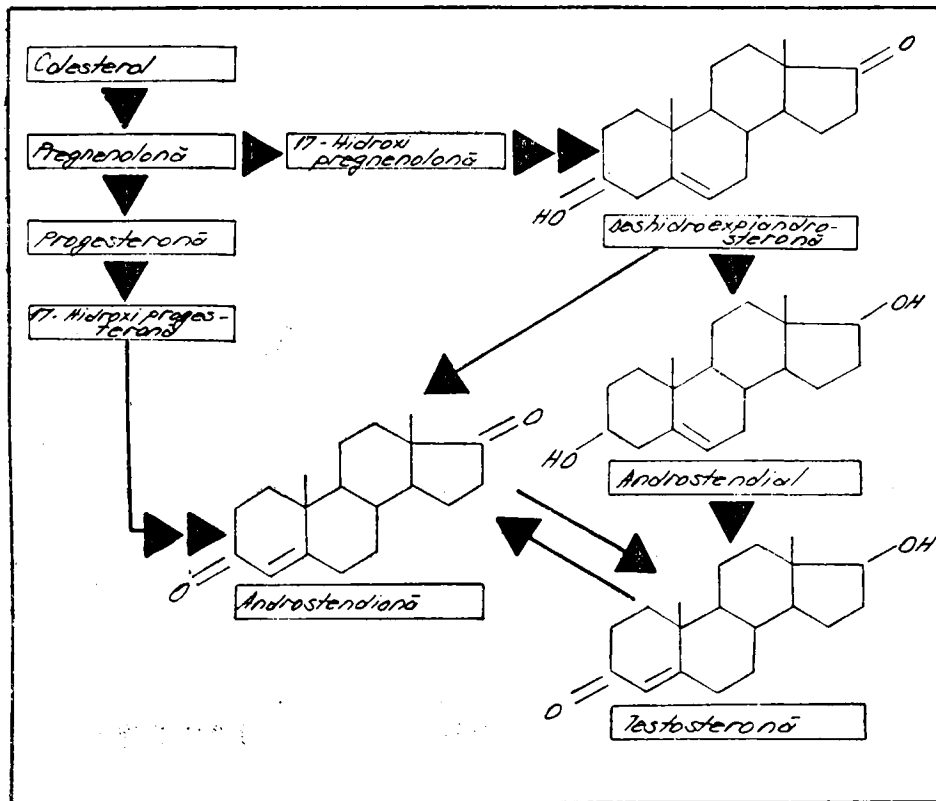
731. ANDROFOBIE^(F) (cf. gr. *aner*, *andros* „bărbat”; *phobos* „frică”) ● Frică patologică de sexul masculin, putîndu-se manifesta în nevroză obsesiv-fobică, în isterie, la personalitățile psihastenice, în schizofrenie etc. În interpretarea psihanalitică, androfovia manifestată de unele femei, s-ar opune unor tendințe libidinale prea puternice. Opoziția și-ar avea originea în evenimente traumatizante infantile, sub influența unor instanțe moralizatoare, interdicții religioase etc., toate acestea acționînd la nivelul inconștientului.

732. ANDROGENI (cf. gr. *aner*, *andros* și *gennan* „a naște”) ● Hormoni steroizi secretați de testicule, corticosuprarenală și ovare, avînd acțiune virilizantă (de reglare și diferențiere a funcției secretorii a organelor sexuale masculine) și de stimulare a anabolismului proteic la nivelul musculaturii scheletice și al rinichiului. Principalul reprezentant al acestei grupe de hormoni este testosteronul, a cărui concentrație plasmatică este redusă la copil, crește în perioada adolescenței, scăzînd apoi progresiv începînd din a patra decadă a vieții. La nivelul sistemului nervos central există receptori androgenici (ca și receptori estrogenici). În anumite zone hipotalamice și hipofizare, s-au pus în evidență structuri la nivelul cărora testosteronul este captat și convertit în dihidroxitestosteron. Prin acțiunea androgenică asupra hipotalamusului, acesta la rîndul său are un rol important în reglarea maturării sexuale, în determinarea comportamentului sexual (la hipogonadici, libidoul și potența sînt scăzute sau absente, dar după tratament substitutiv, ele se încadrează în limitele normale). Androgenii sînt primii reglatori ai comportamentului sexual masculin, acțiunea lor stimulatorie fiind însă moderată prin influențe educaționale, culturale, sociale. Odată cu înaintarea în vîrstă apare o reducere a funcției endocrine testiculare, tradusă prin steroidogenezi, scăderea nivelului plasmatic al testosteronului, scăderea excreției 17-cetosteroidurilor urinare, creșterea gonadotropinelor. Consecința acestor scăderi a hormonilor

androgeni este diminuarea libidoului, a masei și forței musculare, fenomene care au condus la introducerea noțiunii de climacteriu masculin. Această perioadă este grevată de multiple fenomene nevrotice (iritabilitate, stare depresivă, diminuarea libidoului, tulburări vasomo-

rări de creștere, osteoporoză, anemie, neoplasm mamar, postmenopauză, neoplasme estrogenodependente.

733. ANDROGINIE/ANDROGIN (cf. gr. *aner, andros* și *gyne* „femeie“) ● Prezența carac-



Biosinteza hormonilor androgeni.

toril), terapia androgenică nefiind deosebit de eficace, mai mult chiar, folosirea abuzivă și intempestivă a acestei terapii favorizând apariția adenomelor de prostată. La tinerii la care se manifestă o scădere a libidoului și potenței printr-o deficiență funcțională testiculară, terapia androgenică poate avea efecte salutare și de cele mai multe ori însă, în aceste cazuri, nu este vorba de o disfuncție endocrină propriu-zisă, ci de implicarea factorilor neuropsihici.

Tratamentul cu hormoni androgeni este utilizat în hipogonadism, criptorhidie, tulbu-

relor sexuale secundare feminine și a unui comportament corespunzător la subiecți care realizează aspectul exterior feminin, deși ca sex sînt bărbați. Este un pseudohermafroditism → BISEXUALITATE.

734. ANDROGINISM PSIHIC ● Termen rar folosit pentru desemnarea unui „suflet feminin într-un trup masculin“. Unii autori consideră această tulburare ca fiind generatoare a altor tulburări, legate de identificarea sexuală (transvestism, homosexualitate), opinie pe care o considerăm exagerată prin unilateralii-

tatea sa. Această stare particulară poate fi observată adesea în perioada pubertară, la subiecți care ulterior au o corectă orientare sexuală. Termenul, cu o conotație redusă în psihiatrie, este folosit uneori cu notă peiorativă în literatură (disputa Topirceanu-Lovinescu)

735. ANDROGENITATE (cf. gr. *aner, andros* § *gyne*) ● Termen preluat din antropologia culturală, desemnând anumite ritualuri practicate de unele societăți primitive, prin care individului considerat a avea inițial un potențial sexual bipolar, i se atestă în mod „oficial” apartenența la unul din sexe. Ritualul este constituit din simbolizarea „modelării” în sensul sexului respectiv. După consumarea acestui ritual, individul va primi locul respectiv în cadrul grupului etnic local și va avea obligații conforme sexului său. Termenul nu se referă la hemafroditismul biologic, ci la cel cu care este investit individul înaintea ritualului de atestare a sexului, în cultura societății respective.

736. ANDROMANIE (cf. gr. *aner, andros* § *mania* „nebunie”) ^{sin.} → **CYTEROMANIE** § **ESTROMANIE** § **FURIE UTERINĂ** § **METROMANIE** § **UTEROMANIE** ^{sin.} → **NIMFOMANIE**.

737. ANDROPAUZĂ (cf. gr. *aner, andros* § lat. *pauza* „repauș”) — ^{sin.} **CLIMACTERIU VIRIL** (termen introdus de MANDEL și MARCUSE); **CLIMACTERIU MASCULIN** ● Reprezintă o perioadă critică în dezvoltarea vieții bărbatului, expresie a interacțiunii subiectului cu mediul bio-psiho-social, marcându-i profund întreaga structură somatopsihică. Existența andropauzei este contestată încă și astăzi de unii autori, iar alții nu au ajuns la un consens privind localizarea acestei perioade în ontogeneză, deși sînt de acord că apare mai tîrziu decît climacteriul la femei. După BLEULER, ea coincide cu presenilitatea și senilitatea. Pentru școala românească de endocrinologie, cîmpul de variație poate fi apreciat la maximum zece ani : între 50—60 de ani. Andropauza este un proces lent, în care se desfășoară fenomene biologice caracteristice : scăderea pînă la dispariție a activității gonadelor, regresivitatea caracterelor sexuale secundare, restructurarea modelului neuropsihic vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte. Procesul interesează deci organismul în întregime, iar insuficiența orhitică ocupă un loc inegal ca durată, incidență și intensitate.

La individul sănătos, tulburările survin dincolo de vîrsta de 60 de ani, dar la cel cu constituție hipoorhitică apar prematur, în funcție de intensitatea tulburărilor endocrine, vege-

tative, metabolice, neuropsihice și viscerale. În cazul că acestea depășesc limitele unei etape ontogenetice, unii autori circumscriu un sindrom climacteric viril (MILCU).

Tulburările psihice se caracterizează prin stări depresive, uneori severe, apropiate de intensitatea psihotică, iritabilitate, tulburări mnezo-prosexice, insomnii sau somnolență, tendință de a amplifica în sens negativ evenimentele comune ale existenței. Tulburările neurogetative — valuri de căldură, amețeli, parestezii, palpitații, tahicardie, prurigo — conduc deseori la fenomene dezadaptative sau chiar la tentative suicidare. Trebuie diferențiate tulburările psihice de tip depresiv-anxios din andropauză, de cele din demențele prezenile, care sînt independente de viața sexuală sau de anumite hipofuncții psihice de natură organică. Patologia viscerală constă în acutizarea unor suferințe cronice sau apariția unor visceropatii necunoscute în trecutul morbid al individului. Tulburările endocrino-metabolice sînt reprezentate de hypo- sau hiperfuncția unor glande endocrine, apariția leziunilor, atero- și arteriosclerotice, a modificărilor serice ale lipidelor, colesterolului, acidului uric, glucozei. Primul loc îl ocupă însă disfuncția și, în final, insuficiența gonadică, proces care se desfășoară mai lent ca la femei. Scade producția de hormoni androgeni, spermatogeneza și crește numărul de spermatozoizi anormal conformați. Apar modificări ale comportamentului sexual. Astfel, după 50 de ani, perioada refractară a răspunsului sexual se prelungește, dublindu-se sau triplindu-se față de tineri. După 60 de ani erecția se face mai lent, mai dificil, congestia vasculară este mai puțin intensă, erecțiile incomplete sînt frecvente, ejaculările se fac rapid, lipsesc sau nu au putere expulzivă. Scade intensitatea orgasmului și numărul de contracții orgasmice. Reducerea potenței la bătrîni implică însă — pe lângă factorii hormonal — factori vasculari (irigația sanguină a zonei) și factori neurogeni. Sexualitatea vîrstnicilor este influențată și de factori externi : de mediu, familiali, sociali etc. O viață sexuală regulată asigură un ritm sexual satisfăcător timp îndelungat. Stresul, oboseala, surmenajul, bolile determină reducerea timpurii și semnificativă a activității sexuale. O corelație netă între insuficiența gonadică și modificările neurovegetative apărute la vîrstnici nu poate fi însă cert stabilită, deoarece tehnicile moderne de dozări hormonale evidențiază niveluri normale ale testosteronului plasmatic pînă la 60 de ani, în general, sau chiar pînă la 80 de ani. Cu vîrsta, crește capacitatea de legare a testosteronului, cu scăderea concentrației testosteronului liber (considerat

ca indice al androgenității). În schimb, nivelul estrogenilor plasmatici crește în mod evident. În senescență, răspunsul testicular la stimuli exogeni (gonadotropi exogeni) se realizează prin creșterea producției de testosteron, fără a atinge însă valorile adultului sănătos. Diminuarea activității sexuale, care începe în mod normal din epocile anterioare senescenței, devine mai evidentă după al șaptelea deceniu de viață. După VERWOERDT și colaboratori, 20% din bărbații trecuți de 80 de ani sînt încă activi din punct de vedere sexual, fapt la care concură o serie de factori : ereditatea, traiectul fiziopatologic, tonusul sistemului neuroendocrin; factorii psihologici și sociali (profesia anterioară, statutul marital, statutul social). Declinul activității sexuale nu este urmat indeaproape de diminuarea interesului sexual, care se produce mult mai lent, uneori putînd persista pînă la vîrste foarte înaintate, iar alte ori putîndu-se chiar exacerba. În concepția lui DESTREM, erotismul la vîrsta înaintată poate îmbrăca diverse forme de manifestare, în unele cazuri devenind un comportament patologic (nu ne propunem să analizăm în acest cadru erotismul ca urmare a bolii psihice).

738. ANECFORIE (cf. gr. *a(n)*-; lat. *ecfero* „a scoate afară, a dezvălui, a exprima”) ● Dis-mnezie calitativă, constînd în posibilitatea evocării unor amintiri pe care subiectul le crede uitate, reproducere posibilă cu ajutorul anturajului, ce sugerează sau amintește subiectului anumite fragmente ale acestor amintiri. Este o tulburare minoră de memorie (comparată de unii autori cu „ridicarea vălului” care acoperă amintirea) și apare în stări de surmenaj, dar mai ales în cadrul patologiei mnezie a stărilor demențiale și demențiale.

739. ANEJACULARE (cf. gr. *a(n)*-; lat. *ejaculatio* „a zvirli, a proiecta”) ● Tulburare în dinamica sexualității masculine, caracterizată prin întîrzierea pînă la absența a emisiei, a ejaculării sau a ambelor, la o stimulare sexuală preliminară adecvată. Factorii organici nu sînt cel mai adesea identificabili, anejacularea fiind de cele mai multe ori psihogenă. Ejacularea deficitară poate avea drept cauze psihogene experiențele sexuale precoce traumatizante, aderarea la principii morale sau religioase restrictive față de sexualitate și generatoare a sentimentelor de vinovăție și anxietate în raport cu acestea, situații de dizarmonie maritală (cel mai frecvent). Există și unele medicamente (de exemplu : butirofenonele, antidepressivile, triciclice, tioridazina) care amină sau

suspendă ejacularea, efect al cărui revers terapeutic este folosit în tratamentul ejaculării precoce.

740. ANELUN COMPOSITUM^(MC) Spania

● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează. Este compus din :

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PROTRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat cicloheptanic.

Are acțiune antidepressivă.

741. ANEMIE (cf. gr. *a(n)*-; *aima* „sînge”)

● Poate constitui o entitate nozologică de sine stătătoare sau o manifestare secundară în cadrul altor boli, fiind caracterizată prin scăderea anormală a valorilor hemoglobinei, eritrocitelor și hematocritului, fapt care determină scăderea capacității de transport a oxigenului spre țesuturi. Factorii etiologici sînt multipli : pierderi sanguine, hemoliză crescută, producția insuficientă de hemoglobină și hematii. Tabloul clinic al oricărei anemii cuprinde semne comune, datorate scăderii hemoglobinei circulante și semne specifice fiecărui tip de anemie. Intensitatea simptomelor depinde de gravitatea și viteza de instalare a anemiei. Simptomele comune ale anemiilor constau în paloarea tegumentară și a mucoaselor, tulburări cardiocirculatorii și respiratorii, tulburări gastrointestinale, hormonale și psihice, acestea din urmă interesîndu-se cu precădere. În cazul hemoragiilor (uterine, digestive, hemoptizii etc.) simptomatologia psihică cuprinde, în funcție de intensitatea și durata hemoragiei, fie numai simple fenomene de intensitate nevrotică, predominente fiind tulburările de echilibru, fie, ca urmare a unei mari suferințe a celulei nervoase, stări confuzionale. În cazul anemiilor datorate deficitului hematopoetic, pe lângă sindromul specific (mai ales în cazul anemiei megaloblastice) se descrie și un sindrom neurologic, precum și unul psihic, în care predomină anxietatea și depresia. În stările terminale ale anemiilor, simptomatologia psihică este determinată în special de modificări ale stării de conștiență, cu manifestări confuzo-onirice, mai rar sub forma sindromului paranoid, uneori cu comiterea de acte ce au implicații medico-legale. Intervenția terapeutică vizează, în primul rînd, afecțiunea de bază — hemoragia și/sau anemia — a cărei ameliorare atrage după sine remisia simptomatologiei psihice. Uneori, se impune și un tratament cu psihotrope de tip ortotimizant, anxiolitic.

742. ANEMIE CEREBRALĂ ● Termen rar utilizat și impropriu, pentru a denumi atât reducerea debitului sanguin cerebral — scădere rezultată în urma unor sindroame hemoragice și a anemiilor secundare — cât și fenomenul de hipoxie cerebrală, ca efect al unor anemii primare.

743. ANEMIE DE FOAME — tulburări psihice → LUCY-WILIS^(B) boală.

744. ANEMOFOBIE^(F) (cf. gr. *anemos* „vânt”; *phobos* „frică”) ● Formă rară de fobie desemnând frica de curenți de aer, de mișcarea unor mase mari de aer (vânt, ciclon, uragan etc.); de fapt, subiectul exagerează consecințele pe care aceste fenomene naturale le-ar putea avea asupra sănătății sale. Nu are în sine o valoare patologică deosebită, „frica de curent” fiind frecvent și banal întilnită.

745. ANERGASIE (cf. gr. *a(n)-*; *ergasia* „lucru, forță”) ● Termen semnificând o diminuare în funcția unui organ. Prin extindere, A. MEYER — în sistemul său ergaziologic — îi atribuie sindroamelor psihice asociate unei patologii lezionale cerebrale (pentru acest autor, psihozele cu substrat organic cerebral prezintă „tipuri de reacție anergasică”). Nu a fost păstrat ca atare de limbajul psihiatric modern.

746. ANERGIE (cf. gr. *a(n)-*; *ergon* „acțiune”) ● Pierderea capacității de reacție a organismului, cu scăderea consecutivă a posibilității sale de apărare împotriva unor agenți nocivi. În clinica psihiatrică este folosit uneori în sensul de lipsă de energie.

747. ANEROTISM (cf. gr. *a(n)-*; *eros* „iubire”) — sin. NEGATIVISM SEXUAL (HIRSCHFELD) ● Absența interesului față de obținerea plăcerii sexuale, cu origine probabil într-o insuficiență gonadică. Nu exclude nicidecum posibilitatea realizării unui act sexual normal, dar îl privează de atributul de senzualitate și, mai mult, poate sta la originea unor sentimente de aversiune față de activitatea sexuală în general.

748. ANEROSIE (cf. gr. *a(n)-*; *eros*) ● Termen livresc care semnifică, în viziunea unor autori, absența instinctului sexual fără precizarea cauzelor. Este practic inutilizabil datorită ambiguității lui excesive.

749. ANEROXINA^(M) Mexic — DCI Fen-termină ● Psihostimulent derivat feniletilamină de tip α , α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat

și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

750. ANESTEZIE (cf. gr. *a(n)-*; *aisthesis* „senzație”) ● Absența (patologică sau prin suprimare temporară medicamentoasă), a sensibilității și poate fi globală (pierderea tuturor formelor de sensibilitate), sau parțială (disociată, ca în termanalgezia din siringomieliile, în sindromul indifferenței congenitale la durere, în neuropatii, secționarea de nervi, polinevrite, tumori, afecțiuni vasculare etc.). Anestezia isterică, spre deosebire de cele descrise mai sus, se caracterizează prin prea multă fantezie, bogăția imaginativă a structurii personalității isterice punindu-și amprenta și asupra tabloului clinic; zonele lipsite de sensibilitate dureroasă devin insensibile și pentru senzațiile tactile, termice etc., pierzându-se totodată și distribuția topografică a inervației. Uneori, folosind manevre sugestive, poate fi izolat în plină zonă lipsită de sensibilitate, un punct hiperalgic, a cărui localizare este inexplicabilă anatomic. Proba stereognoziei este însă totdeauna normală în anestezia pitiatică.

Frecvent întilnită în psihopatologie este anestezia psihică, constind în diminuarea sau abolirea facultativă sau circumstanțială a reactivității emoțional-afective, concomitent cu corespondentul lor comportamental la stimulări exoendogene. Este o insensibilitate de ordin emoțional-afectiv sau o pierdere a capacității de rezonanță la stimuli afectogeni. Trăirea negativă (neplăcută) de către subiect a suprimării reacțiilor afective definește anestezia psihică dureroasă. Se întilnește în schizofrenii, depresii reactive și endogene etc.

Ca metodă terapeutică sau exploratorie, anestezia este folosită în chirurgie prin intermediul unor tehnici speciale, care realizează o suprimare temporară și complet reversibilă a sensibilității, putind fi regională, generală sau locală.

751. ANESTEZIE AFECTIVĂ ● Termen introdus de E. MINKOWSKI în 1946 și încadrat de acesta în grupul de tulburări ale afectivității prin epuizare. Definește o stare psihic afectivă particulară, observată la unii subiecți (mai ales copii) eliberați după o lungă perioadă de detenție; este o deficiență de socializare, dominată de o neîncredere plină de anxietate, apropiindu-se uneori, din acest punct de vedere, de reacțiile parancice. Numiți inițial „copii de la Bucherwald” aceștia se caracterizează prin lipsa totalității afective, a interesului față de viață; neîncrederea pronunțată și, pli-

nă de teamă față de cei din jurul lor determină reacții impulsive primitive.

Subiectul relatează situațiile stressante prin care a trecut cu cea mai deplină nepăsare, reflectată atît în tonul cit și în mimica ce însoțește descrierea. Examinatorul are impresia existenței unui paravan între el și subiectul examinat, paravan ce îl împiedică să-i analizeze psihicul, datorită absenței componentei afective modulatorie în comunicare. Ulterior, s-a observat că, la tinerii care au fost integrați într-un colectiv, s-a produs o remisiune aproape integrală, la nivelul unei reactivități afective normale, în interval de cîteva ani.

752. ANESTEZIE EMOȚIONALĂ ^{sin.}
MINKOWSKI⁽⁵⁾ sindrom. →

753. ANETIC (cf. gr. *a(n)-* ; *ethos* „obicei, moravuri”) ● Etica este o ramură a filozofiei al cărei domeniu îl constituie morala, normele care reglementează relațiile dintre oameni, atitudinea lor față de societate, față de o anumită clasă, față de stat, familie etc. Categoriile eticii sînt: datoria, conștiința morală, onoarea, demnitatea, fericirea.

Anetic — este termenul care definește absența simțului etic, a inhibițiilor morale. A fost utilizat de KARPMAN (1949) pentru definirea personalității dizarmonice de tip antisocial. După opinia sa, acesta ar fi grupul din care ar proveni așa-numiții criminali habituali, manifestînd ca modalități de reacție patologică agresivitatea, egocentrismul, comportamentul sexual narcisic — care nu pot fi influențate psihoterapeutic.

754. ANETOPATIE (cf. gr. *a(n)-* ; *ethos* ; *pathos* „suferință”) ● Termen introdus de B. KARPMAN (1941) pentru a defini personalitatea dizarmonică idiopatică (primară, constituțională, esențială, genuină), în opoziție cu personalitatea dizarmonică simptomatică. Anetopia se caracterizează în primul rînd prin absența cenzurii etico-morale, determinată probabil genetic, prin incapacitatea de a achiziționa comportamente și atitudini socialmente adaptate, de unde rezultă un potențial deviant important. Egocentrismul și egoismul îl determină pe anetopat să acționeze inadecvat în mod repetat în absența unui motiv acceptabil, în toate sferile comportamentului, inclusiv cea sexuală. Anetopia reflectă concepte ale secolului al XIX-lea, aparținînd lui DUPRÉ („constituție perversă”), MOREL („nebie morală”, „nebie ereditară”), GRIESINGER, SCHÜLLE, KRAFFT-EBING („nebie impulsivă”, „nebie morală”),

CAMPAGNE („insensibilitate etică”), POUCHARD („boală morală”), LOMBROSO („delincent innăscut”), MAUDSLEY („temperament bolnav”) și are un sens limitativ, identificînd în final dizarmonia primară („de nucleu”) cu personalitatea antisocială.

755. ANEURAL^(M) R.F.G. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin.
→ MEPROBAMAT^(M) România.

756. ANEURINA ^{sin.} → TIAMINA.

757. ANEURISM (cf. gr. *aneurysma* „dilatare”) ● Dilatație permanentă a peretelui arterial, avînd drept cauză traumatisme, ateroscleroză, infecții (lues), care scad rezistența peretelui vascular. Practic, nici o arteră nu este exclusă de la posibilitatea de a prezenta unul sau mai multe aneurisme: aneurismul aortei, situat în porțiunea sa toracică sau abdominală, este deseori de origine luetică ; la nivelul arterei renale, aneurismul poate fi congenital sau secundar procesului aterosclerotic, luesului sau unei necroze idiopatice ; aneurismul disecant, este, mai degrabă, un hematom intramural, rezultat prin clivarea peretelui arterial de către ateroame ; aneurismul traumatic se poate produce prin leziuni de tip traumatic la nivelul vasului. Aneurismele intracraniene sînt incluse de către ARSENI (1978) în cadrul malformațiilor vasculare cerebrale neurochirurgicale, apreciindu-se că ele reprezintă pînă la 10% din procesele expansive intracraniene (în grupa cărora sînt asimilate datorită evoluției clinice). Marea majoritate a aneurismelor intracraniene nu depășesc 1—2 cm în diametru și provoacă, de obicei, hemoragii subarahnoidiene la nivelul bazei craniului ; aneurismele masive nu sînt frecvente, dar prezența lor poate duce la mari dificultăți de diagnostic diferențial. Nu rareori semnele de compresiune nervoasă (de focar) care atrag atenția clinicianului reprezintă, de fapt, efectul de acumulare a singelui într-un hematom în jurul aneurismului.

Ca etiologie, aneurismele intracraniene sînt: congenitale, arteriosclerotice, micotice și, excepțional, luetice, reumatismale sau traumatice. Trecerea singelui prin aneurism poate continua netulburată sau pot apărea procese de tromboză sau de recanalizare: pereții săi se pot fisura sau rupe, provocînd hemoragii apropiate sau hematoame la distanță. Simptomatologia clinică a aneurismelor intracraniene poate fi sistematizată în: simptome generale, date de ruptura aneurismului ; simptome de focar, date de compresiunea directă a forma-

țiunilor nervoase vecine cu anevrismul ; simptome la distanță, consecutive tulburărilor vasculare declanșate de anevrism. Cel mai bine cunoscute sînt anevrismele situate în porțiunea intracavernoasă a carotidei interne și prin compresiunea pe care o exercită pe formațiunile nervoase învecinate, ele pot genera oftalmoplegie sau hipoanestezie în teritoriul nervului trigemen, sau exoftalmie pulsatilă, în cazul unei rupturi. Anevrismele situate în porțiunea anterioară a poligonului lui Willis se rup ceva mai frecvent, generînd hipertensiune intracraniană și tulburări vizuale, cefalee, un grad variabil de demență și deficite ale diversilor nervi cranieni. Chiar nerupte, anevrismele arterelor vertebro-bazilare se exprimă clinic printr-o simptomatologie ce sugerează fie scleroza multiplă, fie o tumoră de fosă posterioară, fie fenomene ischemice în teritoriul vertebrobazilar. Varietatea tulburărilor clinice îl pune în incercătură uneori pe psihiatru, putînd determina etichetarea ca depresiv a unui subiect hipomimic, bradilalic, care acuză amețeli și cefalee. Cu ocazia unui efort sau a unor procese congestive cerebrale, 50—70% din anevrisme se rup, jumătate din bolnavi mor în 48 de ore, restul rămîn cu diferite sechele (grave sau minore). Examenle paraclinice care ne pot fi de ajutor în diagnosticarea unui anevrism sînt : fundul de ochi, examenul LCR, radiografia craniană (profil), arteriografia (metoda de elecție), ventriculografia.

758. ANEXATE ^(M) S.U.A. — DCI *Mefenorex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N-(3-cloropropil)- α -metilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice reduse și bune performanțe anorexigene ; util în tratamentul adjuvant NL.

759. ANFAMON ^(M) R.F.G. — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat ^{sin.} → ANOREX ^(M) Franța.

760. ANGAJARE A EULUI ● Modalitate de mobilizare a componentelor motivaționale și atitudinale ale Eului în activități susținute, care perpetuează un comportament adecvat în acest sens ; motivația inițială, mai mult sau mai puțin puternică, va declanșa la individ o nevoie de acțiune ce va antrena, la rîndul său, un model comportamental complex de relaționare între subiecți și diversele obiecte sau persoane din mediu. Termenul, utilizat în special de psihosociologie, contribuie la aprecierea eficienței funcționale a relației subiect-motivație-acțiune pe plan social.

761. ANGAJARE MORALĂ ● Problemată izvorînd din istoria filozofiei, din confruntarea perpetuă a materialismului cu idealismul, reflectînd poziția pe care o ocupă individul în raport cu dialectica obiectivă a aspirațiilor și grupurilor sociale. Atitudine implicînd adeziunea deplină la un ideal, la o concepție ideologică, completată de acțiunea de promovare și militare în vederea atingerii scopului inițial propus. Realizarea unei asemenea opțiuni presupune o dăruire pe plan afectiv, care să constituie suportul translației motivaționale, astfel încît interesele personale să coincidă cu cele sociale. Curentele idealist-subiective, ca personalismul, existențialismul sau chiar structuralismul, exclud angajarea morală din cadrul social determinat și determinat.

762. ANGAJARE ^(S) sindrom ● Clinic, se caracterizează prin semne de hipertensiune intracraniană : redoarea cefei, opistotonus, abolirea reflexelor tendinoase, semnul Babinski bilateral, cefalee intensă persistentă, vărsături, alterarea progresivă a cunoștinței pînă la comă profundă. Este determinat de angajarea amigdalelor cerebeloase prin gaura occipitală sau hiernerea lobului temporal prin fanta lui Bichat, secundar creșterii tensiunii intracraniene. Angajarea determină, secundar, o creștere rapidă a tensiunii intracraniene. Are ca etiologie orice proces expansiv intracranian.

763. ANGIOFACOMATOZA RETINOCE-REBELOASĂ (cf. gr. *angeion* „vas” ; *phakos* „obiect de formă lenticulară”) ^{sin.} → HIPPEL-LINDAU ^(S) sindrom.

764. ANGIOFOBIE ^(F) (cf. gr. *angeion* ; *phobos* „frică”) ^{sin.} → PNIGOFOBIE ^(F).

765. ANGIOGLIOM (cf. gr. *angeion* ; *gloios* „clei”) ● Formațiune tumorală aparținînd vaselor din țesutul nervos, în care intră elemente vasculare și elemente gliale astrocitare sau oligodendrogiale ; tulburările psihice semnalate sînt multiple, fiind specifice zonei de localizare a tumorii.

766. ANGIOGRAFIE (cf. gr. *angeion* ; *graphein* „a scrie”) ● Metodă care folosește introducerea unei soluții radioopace în vasele care vascularizează creierul, permițînd în acest fel vizualizarea acestora în imagini radiologice seriate. Prin cateterizare femurală pot fi studiate selectiv arterele carotidă și vertebrală. Metoda este indicată în suspiciunea

unei leziuni focale de tip proliferativ sau existența unui anevrișm sau a altei malformații vasculare. Diagnosticul de neoplasm este susținut angiografic de modificări ale topografiei vasculare sau de existența unei zone cu o vascularizație de neoformație. Acest aspect caracterizează în special glioblastoamele și meningioamele. Hematoamele și abcesele deplasează vasele, ca și neoplasmul, dar nu apar zone de hipervascularizație. Hematoamele sub- și epidurale se pun în evidență cel mai bine în incidențele anteroposterioare.

Metoda este grevată de apariția, la circa 25% din pacienți, a unor complicații serioase (accidente și incidente), de tipul ischemiei sau infarctizării cerebrale.

În tehnica angiografiei a fost introdusă în ultima perioadă o nouă tehnică intitulată „Digital intravenous subtraction angiography” (DIVA) care folosește analiza digitală a datelor obținute prin angiografie, cu ajutorul calculatorului. Datele obținute prin radiografii anterioare introducerii substanței de contrast sînt comparate cu cele din timpul introducerii (cele două imagini „se scad” prima din a doua), realizîndu-se angiograma care este înregistrată pe un sistem video. Se obțin astfel relații deosebite despre proprietățile țesutului arterial → ARTERIOGRAFIE CEREBRALĂ.

767. ANGIOKERATOZA DIFUZĂ ^{sin.} → FABRI^(B) boală.

768. ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ (cf. gr. *angeion*) — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZA MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZA CEREBRALĂ ; KALISCHER^(S) sindrom ; KRABBE^(S) sindrom ; LAWFOR^(S) sindrom ; MILLES^(S) sindrom ; NEUROANGIOMATOZA ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI^(S) sindrom ; SCHIRMER^(S) sindrom ; STURGE^(S) sindrom ; STURGE-WEBER-DIMITRI^(S) sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT^(S) sindrom ; WEBER^(S) sindrom ; WEBER-DIMITRI^(S) sindrom → STURGE-WEBER-KRABBE^(B) boală.

769. ANGIOMATOZĂ RETINO-CEREBELOASĂ — sin. ANGIOFACOMATOZA RETINO-CEREBELOASĂ ; ANGIOMATOZA RETINEI ; ANGIORETICULOM ROUSSY-OTERLING ; HEMIOANGIOBLASTOM CUSHING ;

HIPPEL-CZERMAK^(S) sindrom ^{sin.} → HIPPEL-LINDAU^(B) boală.

770. ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ ^{sin.} → BONNET-DECHAUME-BLANC^(S) sindrom.

771. ANGIONEVROTIC — edem (cf. gr. *angeion* ; *neuron* „nerv”) — sin. BANNISTER^(B) boală • Edem cu instalare rapidă și localizare variabilă, mai frecvent facială, în determinismul căruia sînt implicate mecanisme alergice, neurovegetative și o predispoziție ereditară. Apare, de obicei, la subiecți cu manifestări nevrotice în antecedente sau în evoluție.

772. ANGIONEVROZĂ (cf. gr. *angeion* ; *neuron*) • Ansamblu simptomatologic alcătuit din asocierea tulburărilor vasomotorii de tip vasoconstrictor (sindrom Raynaud, sindrom cervicotoracic de ieșire, acrocianoză) sau vasodilatator (eritromegalie), cu manifestări de tip nevrotic (de primă apariție sau preexistente — evidențiate în antecedente). Tulburările vasomotorii sînt cert legate de factorul psihogen. Se descrie și o angionevroză profesională, apărută la unii dintre subiecții care lucrează la temperaturi scăzute, în medii cu vibrații puternice sau în prezența hidrocarburilor și constă în fenomene de distonie vasomotorie localizate mai ales la nivelul miinilor.

773. ANGIOPATIE (cf. gr. *angeion* și *pathos* „suferință”) • Suferință nespecifică a vaselor (mai ales arteriale), care se poate particulariza în funcție de circumstanțele etiologice : hipertensiune, diabet zaharat, traumatisme retiniene, depunere de amiloid etc. Ultima formă de angiopatie a fost descrisă pentru prima dată de MOREL, în cazurile de demență senilă, cu localizarea depunerii de amiloid la nivelul tunicii medii a arterelor cerebrale, pe care autorul le-a considerat legate etiologic de această suferință.

774. ANGIOPATIE RETINIANĂ • Modificări vasculare la nivelul vaselor retiniene consecutive hipertensiunii arteriale și arteriosclerozei. Sînt deosebit de utile psihiatrului în practica curentă.

Elementele etiopatogenice sînt, pe cît de numeroase, pe atît de neconcludent elucidate și admițînd opinia potrivit căreia există o asociere între boala hipertonică și arterioscleroză, HTA fiind stadiul incipient al arteriosclerozei cerebrale (FROS, BOTTON, HE-

TENY citați de PREDESCU), oferim o prezentare paralelă a elementelor unui diagnostic pozitiv, atât pentru arteriopatia retiniană

hipertonică (hipertensiunea arterială), cit și pentru arteriopatia retiniană sclerogenă (ateroscleroza cerebrală), în următorul tabel §

Tabel nr. XVI

	Angiopatie HTA	Angiopatie ASC
Fundul de ochi ● pupila ● vasele ● macula Polul anterior ● manifestări funcționale Funcția optică	fără modificări cu modificări fără modificări absente/posibile fără deficit	fără modificări* cu modificări** degenerescență prezente/evidente cu deficit***

* normal colorată, roșu cu contur bine delimitat §

** arterele îngustate cu reflex marcat, venele dilatate sinuoase, încrucișările cu semnul Sallus-Gunn prezent §

*** deficitul este, de obicei, marcat, de la scotom la cecitate.

Diagnosticul diferențial se face atât între angiopatia hipertonică și cea sclerogenă, cit și între ambele forme în raport cu alte afecțiuni. Diagnosticul diferențial între angiopatia hipertonică și cea sclerogenă se realizează prin următoarele trei elemente de bază :

- hemoragiile și exudatele — prezente în hipertensiunea arterială, absente în arterioscleroza cerebrală §
- degenerescența maculară — prezentă în arterioscleroza cerebrală, absentă în hipertensiunea arterială §
- deficitul funcției optice — prezent în arterioscleroza cerebrală, absent în hipertensiunea arterială.

Diagnosticul diferențial al angiopatiilor retiniene (hipertensiunea arterială și arterioscleroza cerebrală) se face cu :

- retinopatia angiospastică cerebrală, prin prezența edemelor (aspect de pseudopapilită) și prin caracterul trecător al amaurozei §
- embolia arterei centrale a retinei, prin edemul alb-lăptos care respectă macula (roșie), prin prezența scotomului central și prin sediul unilateral al ambelor manifestări §
- tromboza venei centrale a retinei, prin aspectul de papilă tulbure, prin prezența hemoragiilor și prin sediul unilateral §
- neuroretinopatia hemoragică, prin hemoragie redusă (paradoxal) și, mai ales, prin exsudatul caracteristic „în stea” §

- retinopatia albuminurică și cea diabetică prin debutul brusc, aspectul mai mult de uveită, cit și prin prezența albuminei sau a glucozei (în funcție de forma albuminurică sau cea diabetică) §

— sindromul Foster-Kennedy, prin aspectul diferit al celor doi globi oculari § unul cu edem, celălalt cu atrofie optică ;
● pseudonevrita hipermetropică, prin edemul fără hemoragie, însoțit de prezența viciului de refracție.

775. ANGIORETICULOM ROUSSY-OBER

LING^(S) sindrom ^{sin.} → HIPPEL-LINDAU^(S) sindrom.

776. ANGIOTENSINA ^{sin.} → RENINA.

777. ANGIUM^(M) Elveția — DCI *Bufuralol*
● Psihotrop cu acțiune betablocantă și anxiolitică, util în combaterea tremorului parkinsonian senil și a celui consecutiv supradozării litiului. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

778. ANGOASĂ (fr. *angoisse* „neliniște, spaimă”) ● Teamă nedeterminată, spaimă generalizată ca stare de spirit funciară, de fond, profundă, lipsită de o cauză precisă. Spre deosebire de frică, întotdeauna stîrnită de o amenințare pe care subiectul și-o reprezintă în mod distinct, angoasa pune stăpînire pe întreaga subiectivitate a individului, torturîndu-l tocmai prin sentimentul de spaimă ce nu-și trădează sursa. Filozofia existențialistă face

din angoasă o temă privilegiată și îi acordă statutul de „neliniște metafizică”, sub a cărui vrajă morbidă individul primește revelația caracterului absurd, incompreensibil al vieții. În starea de angoasă se dezvăluie abisul morții, care-l condamnă pe om la o fatală finitudine (M. HEIDEGGER), tragic răscumpărată cu prețul libertății — ea însăși sursă de panică și chin sufletesc, din pricina absenței criteriilor ferme ale opțiunilor morale (J. P. SARTRE).

Privită prin prisma psihopatologiei, angoasa se definește drept o stare dezagreabilă, trăită ca sentiment de insecuritate, fără prezența obiectivă a unui pericol, rezultată din existența simultană, la același subiect, a unei dorințe și a apărării contra ei. La nivel pulsional, refularea unei dorințe sau întreruperea unui act care produce plăcere dă naștere unor energii „vacante”, a căror expresie este angoasa. Instinctul sexual este considerat de psihanalisti drept o sursă principală de angoasă.

Pentru mulți autori este un termen similar cu anxietatea. Este necesară însă o trecere în revistă a diferitelor semnificații date angoasei, pe de o parte pentru a ușura înțelegerea unor texte psihiatrice clasice, iar pe de altă parte, pentru a pune în evidență accepțiunea filozofică pe care termenul a căpătat-o și care nu poate fi străină psihiatrului.

În 1890, BRISSAUD definește angoasa ca „o tulburare fizică tradusă printr-o senzație de constricție, de sufocare”, iar anxietatea ca „o tulburare psihică ce se traduce printr-un sentiment de insecuritate indefinibil”. În același sens, SOUQUES (1902) va distinge „un fenomen fizic — angoasa și un fenomen psihic — anxietatea”. Aceste distincții forțate vor fi reluate și preluate, fără a se analiza realitatea lor, deși unitatea celor două fenomene, somatic și psihic, ca și simultaneitatea lor în trăirea subiectului nu pot fi negate. Cercetătorii moderni ca P. TYRER de exemplu, continuă să diferențieze natura mecanismelor ce deosebesc anxietatea somatică de cea psihică (A. FELINE și colaboratorii).

A doua serie de definiții este cea care atribuie angoasei un sens cantitativ, în descrierea stării de neliniște. Astfel, LITTRÉ face distincția între neliniște, anxietate și angoasă, considerându-le diferite ca intensitate într-o ordine crescătoare. Similară este definiția lui GELINNE — „stare paroxistică de senzații penibile și difuze”. Mai mult, angoasa este interpretată ca „stare de neliniște sau anxietate maximă, caracterizată printr-o acceptare înfricoșată și opresivă față de iminenta suferință sau nenorocire” (P. POPESCU-NEVEANU). Acest din urmă autor arată că ea implică tensiuni emoționale, asociate unui pericol care este fie

anonim, necunoscut, fie cunoscut, dar producând perturbări „irațional-exagerate”. Definițiile de tipul menționat rămân însă la nivelul unor simple speculații și au un caracter confuz.

S. FREUD introduce în psihanaliză termenul, în 1894 și el consideră angoasa ca „o transformare a acumulării de tensiune psihică” și o descrie ca amenințând instanța Eului, care i se va împotrivi prin mecanisme de apărare. În 1926, termenul va fi remaniat distingându-se între angoasa automată (automatische Angst) și angoasa față de un pericol real (Realangst). Prima ar semnifica reacția subiectului de fiecare dată când se găsește într-o situație traumatică, adică supus unui aflax de excitații interne sau externe pe care este incapabil să le stăpânească, iar cea de a doua, angoasa față de un pericol exterior, constituie pentru subiect o amenințare reală (LAPLANCHE și PONTALIS). După școala psihanalitică angoasa ar fi provocată de energia liberă produsă de refularea unei dorințe sau satisfacții întrerupte. Angoasa este considerată ca avându-și originea în traumatismul nașterii (OTTO RANK), în stadiile dezvoltării (M. KLEIN), în zecrea ereditară ca instinct (NÜREINBERG) etc.

După JASPERS, angoasa se naște din eșecul care ne pîndește la capătul încercării de a ne sesiza ființa. Numai prin eșec putem însă cunoaște absolutul și limitele acestuia. J. P. SARTRE vede angoasa ca rezultat al angajamentului pe care individul în acțiune și-l ia pentru întreaga umanitate. Angoasa provine din neputința spiritului, afirmă PICHON, opinie la care se asociază H. EY cînd afirmă: „Angoasa este amețea care ne cuprinde în fața prăpastiei timpului, conștiinței naturii și destinului nostru”.

779. ANGOASA AUTOMATĂ ● Termen cu circulație foarte redusă, desemnînd reacția spontană a subiectului într-o situație psihotraumatizantă (cînd este somat de multitudine excitaiilor), pe care nu și-o poate stăpîni.

780. ANGOASĂ — nevroză ● Termenul a fost introdus de S. FREUD în 1895, împreună cu dezvoltarea unei întregi teorii a angoasei, care ar fi, după opinia autorului, o expresie a acumulării libidoului. Fără a fi de acord cu această interpretare, o menționăm pentru interesul ei istoric → NEVROZA DE ANGOASĂ.

781. ANGOFRAZIE (cf. gr. *ancheim* „a strînge, a sufoca” v. și lat. *angere* și gr. *phrasissin* „vorbire”) — sln. AMELARTRIE → EMBOLOFRAZIE.

782. **ANGOPASSE**^(M) Grecia — DCI *Ami-triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoçicloheptanic ^{sin.} → **AMITRIPTILINA**^(M) România.

783. **ANGULAR**^(M) Argentina — DCI *Me-probamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → **MEPROBAMAT**^(M) România.

784. **ANHEDONIE** (cf. gr. *a(n)-* și *hedone* „plăcere”) ● Incapacitatea de a resimți plăcerea în situații care o generează în mod normal; imposibilitatea de a se „bucura” de senzațiile plăcute furnizate de simțuri. În „La psychologie des sentiments” (1896), Th. RIBOT definește anhedonia ca insensibilitate la plăcere, citindu-i pe BROWN SEQUARD și ALTHANS, care au observat-o în afecțiuni neurologice, și pe FONSAGRIVES și ESQUIROL care o descriu ca simptom psihic în cazul unor afecțiuni somatice (de exemplu boli hepatice). Termenul este folosit în prezent mai ales în literatura psihanalitică americană, pentru a defini sentimentele disforice ale subiectului la contactul cu lumea exterioară, lipsa răspunsului afectiv și motor, incapacitatea de a simți sau imagina o emoție plăcută, fără să exprime neapărat o stare depresivă. Uneori, în cazuri extreme, anhedonia poate conduce pe subiecți la suicid. Pentru MEEHL (1962), citat de KAPLAN, anhedonia face parte din cele patru mari grupe de tulburări ale procesului schizofrenic, alături de tulburări de gândire, aversiune pentru relații interpersonale, ambivalență. De asemenea se consideră că anhedonia poate fi unul dintre semnele precoce ale schizofreniei — forma pseudonevrotică descrisă de HOCH și POLLATIN.

785. **ANHORMIE** (cf. gr. *a(n)-* și *horman* „a excita”) ● Termen aparținând lui GUIRAUD, reflectind o scădere a potențialului biopsihologic, a „dinamismului vital” care constituie suportul instinctiv-afectiv al existenței umane.

786. **ANICONIE** (cf. gr. *a(n)-* și *eikon* „imagine”) ● Incapacitatea patologică de elaborare a producțiilor imaginative și apare în schizofrenie, depresii inhibate, oligofrenie, demențe și termenul este însă foarte puțin folosit.

787. **ANIDEAȚIE** (cf. gr. *a(n)-* și *idein* „a vedea” și lat. *idea*) ● Absența sau suspendarea temporară a proceselor gândirii, a fluxului ideativ — situație posibilă, de fapt, numai în circumstanțele în care conștiința este cu desăvârșire abolită. POROT vorbește despre „conduitele anideice” ca despre acele conduite impuse din exterior, fără legătură cu situația

dată sau fără o deliberare conștientă: „deambulăția anideică” la idioți sau demenți „automatismul anideic” la epileptici, crizele coreice, sindromul catatonie. În cadrul fenomenelor de automatism mintal, G. CLERAMBAULT descrie „anideismul” ca o caracteristică a acestora, în sensul absenței oricărui conținut al gândirii.

788. **ANIDOL**^(M) Coreea — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propanediol carbamate isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.

789. **ANILINGUS** (cf. lat. *anus* „orificiu anal”; *lingere* „a linge”) ● Perversiune rar întâlnită ca metodă/mijloc de obținere a satisfacției sexuale și uneori (la fel de rar) poate constitui numai un preludiu al actului sexual.

790. **ANIMA, ANIMUS** (cf. lat. *anima* „respirație, suflet, viață”; *animus* „suflet, spirit judecată, gând”) ● Termeni care desemnează două dintre cele mai importante arhetipuri, în teoria asupra inconștientului colectiv și a arhetipurilor, elaborată de C. G. JUNG. La primitivi, ele sînt „spiritul tatălui și spiritul mamei” (deci „spiritele parentale”), cele mai importante dintre toate forțele care acționează în individ. Anima este elementul complementar feminin din inconștientul bărbatului. Animus este elementul complementar masculin din inconștientul femeii. Prima experiență a bărbatului, în ceea ce privește femeia, începe cu mama sa: această experiență are caracter profund subiectiv, în sensul că imaginea mamei, așa cum se constituie ea în copil, nu este o imagine preformată, ci se formează în măsura în care copilul simte personajul matern, astfel încît imaginea maternă devine semnificativă (și dinamică) prin capacitatea ei de a produce imaginea femeii — anima. Ulterior, cînd bărbatul alege ca obiect al iubirii o femeie anume, această alegere poate avea la origine, tendința pe care o resimte bărbatul de a găsi (și a lua în stăpînire) exact acea femeie care corespunde feminității lui inconștiente: deci el va alege o parteneră în care să proiecteze (și care să primească ușor această proiecție) elementul feminin al inconștientului său. Anima, ca arhetip, conține un factor supra-individual, tipic cu rădăcini profunde, dincolo de relațiile mai mult sau mai puțin superficiale interindividuale.

Există, în fiecare individ uman, o disponibilitate subiectivă pentru un anume tip de experiență și aceasta decurgînd dintr-o structură

psihică înăscută? astfel, orice natură masculină presupune existența în ea însăși a unei naturi feminine („natura bărbatului conține femeia și natura ei”), atât în plan fizic, cât și în plan psihic. După JUNG, „Forma și natura lumii în care ființa se naște și crește sunt înăscute și prefigurate în ființă ca imagini virtuale”. Aceste imagini virtuale nu au conținuturi determinate → ARHETIP), ci sînt categorii de natură colectivă (copilul, părinții femeia în general, ca disponibilități psihice preexistente), categorii vide, fapt pentru care ele rămîn invizibile și inconștiente. Ele influențează persoana și pot deveni conștiente în măsura în care intră în concordanță cu o experiență anume, trăită (cînd se produce un impact între disponibilitatea interioară și un concret exterior). Ele devin puternice numai dacă se asociază unei experiențe concrete trăite; paradoxal, imaginea virtuală, oricît de amplă ar fi, nu capătă forță decît dacă se concretizează într-o situație trăită, deci dacă ea își amputează virtualitatea (ceea ce revine la o autoamputare — de aici problema adeziunii și a angajării pe care persoanele armonice o rezolvă prin acceptarea actului trăit). Tot JUNG afirmă că „aceste imagini virtuale reprezintă sedimentul tuturor experiențelor trăite în linie ancestrală și ele sînt un reziduu structural și nu experiențe concrete”. Astfel, inconștientul bărbatului conține o imagine virtuală și colectivă a femeii, în funcție de care el percepe și resimte esența feminină. Există o legătură destul de strînsă între anima și persona (persona este un fel de mască pe care individul și-o construiește în contextul relațiilor dintre conștiința individuală și societate, disimulîndu-și propria sa natură → PERSONA). Persona, ca imagine ideală a sa pe care bărbatul o construiește conform cu ceea ce el ar trebui și ar vrea să fie, se compensează interior printr-o slăbiciune feminină; pe măsură ce, în exterior, bărbatul joacă rolul unei ființe puternice și autoritare, în interior se produce o intensificare a arhetipului feminin, ceea ce poate determina, în mod automat, proiecția animei în partenerul feminin, care va căpăta o putere manifestă; această putere se poate prelunge printr-o atitudine de dominare a bărbatului de către partenera sa. Femeia va suporta însă greu această atitudine dominatoare proprie și va dezvolta un complex de inferioritate asociat cu un comportament de calitate inferioară, care va provoca în bărbat iluzia că el este eroul în viața cuplului; receptînd inconștient iluzia bărbatului, femeia va considera că este măritată cu un erou. În acest fel, relația de cuplu vehiculează inconștient

conținuturi care, în expresia lor exterioară, au consistența unor himere (acest lucru revine la un schimb reciproc de aparențe: fiecare încarnează în ochii celuilalt și în proprii săi ochi nu ceea ce este în realitate, ci o aparență a sa, o persoană cu care individul respectiv se identifică). Procesul de individuare, spune JUNG, presupune, în final, o luare în stăpînire a relațiilor care leagă Eul de inconștient, de figurile inconștientului, în cazul în speță, de anima: în tipul de exemplu citat (bărbatul care-și afișează puterea), subiectul poate chiar să recunoască faptul că, în viața sa particulară are o serie de slăbiciuni; această recunoaștere este ea însăși o acoperire sau o justificare compensatorie, intrucît, în concepția generală, este preferabil să te acuzi de o „slăbiciune personală”, decît să nu faci față unor idealuri sociale unanim acceptate. Un individ echilibrat reușește, pe parcursul procesului de individuare, să perceapă diferența dintre Eu, persona și anima. Fiecare subiect dispune, într-o măsură mai mare sau mai mică, de o anume capacitate intuitivă în ceea ce-l privește și el simte ceea ce ar trebui să devină, ceea ce ar putea să devină, ceea ce ar trebui să i se întîmple. Această intuiție trimite la o legătură subtilă care există între forțele și tendințele opuse din individ (de pildă între exigențele care derivă din persona și exigențele care derivă din anima).

Echilibrul ființei depinde de calitatea acestei legături intime dintre energiile de sens contrar care coabitează în interiorul ființei și care se manifestă, în diverse expresii, în cîmpul relațiilor interpersonale. Dacă legătura dintre aceste forțe este foarte slabă, „mintalul” se va disocia în elemente dispartate pînă la incoerență (cazul schizofreniei); dacă legătura de mai sus este prea strînsă, prea rigidă, viața psihică va deveni lipsită de plasticitate, impregnată de morbid, de o serie de constrîngerii interioare, parțial proiectate în exterior (vezi personalitatea obsesională și, în genere, nevroticul). Cu cît un factor inconștient este mai puternic refutat, cu atît el este mai ușor proiectat, deoarece „tot ceea ce este inconștient se proiectează” (JUNG). Primitivii practicați o serie de rituri de inițiere cu scopul de a determina separarea reală de mamă a viitorului bărbat, în concepția că vîrsta adultă și, prin ea, separarea exterioară de mamă, nu înseamnă separarea reală. Tatăl este cel care protejează copilul de lumea exterioară, el oferă modelul unei persona și mama salvează și ocrotește de pericolele interioare cu surse profunde, obscure. Tatăl oferă legitimitatea în lumea exterioară, el este protector și cuceritor în această

lume, în timp ce mama hrănește și apără nu de ceea ce vine din exterior, ci de ceea ce se produce în lumea obscură a sufletului; vehicularea animei din primele contacte cu mama îmbracă, ulterior, diverse forme: relația introspectivă cu sine, relația cu ființa iubită, adeziunea la o dogmă (pe care subiectul o resimte și o trăiește). În funcție de anima proprie, bărbatul poate fi împins, la alegerea partenerii, de trebuința obscură de a-și poseda anima încarnată, personificată, și atunci el se va raporta la soție ca la o mamă; proiecția animei în bloc asupra femeii are drept consecință faptul că bărbatul devine infantil, dependent, sau dimpotrivă el devine tiranic, rebel, centrat pe afirmarea prestigiului său, a superiorității sale virile. Echilibrul vieții psihice este în funcție de echilibrul dintre Eu, persona și anima. Animus este elementul masculin complementar al inconștientului feminin. JUNG afirmă diferența dintre bărbat și femeie ca deosebire între cele două sexe și între psihologiile lor; problema nu se pune în termeni de superioritate sau inferioritate. Diferența rezidă în faptul că bărbatul și femeia au disponibilități diferite pentru domenii de experiență diferite: „...în timp ce anima este sursa dispozițiilor și capriciilor, animus este sursa opiniilor” (JUNG). Dacă anima se poate personifica în trăsături feminine sau într-o figură feminină anume, cu animus lucrurile stau altfel. Situația psihologică a femeii este diferită: animus se personifică într-o pluralitate, într-o instanță a conștiinței morale, care emite judecăți și care nu este reprezentată printr-o singură persoană, ci printr-un ansamblu de trăsături semnificând mai multe personaje cu același rol (personaje paterne, investite cu autoritate, care emit ex cathedra, spune JUNG, raționamente ferme, de nezdruccinat). Aceste judecăți sînt efectul acumulării, din copilărie și adolescență, a unei serii de opinii (acumulare parțial inconștientă) care se constituie într-un „corp moral”, în ultimă instanță, o „rezervă de prejudecăți” (aceste embleme apar fie sub forma bunului simț, fie sub forma unor principii transmise prin educație). Si animus poate fi proiectat, ca și anima. Bărbații în care se proiectează animus sînt acei bărbați în care femeia simte o ființă supremă, totală, un fel de personaj analog divinității; este bărbatul care știe tot, înțelege tot, dispune de spirit creator. Femeile dominate de animus devin, la un moment dat, iritante pentru bărbat, în măsura în care ele emit opinii doar că să spună ceva; acest lucru provoacă la bărbați, ieșiri violente, descărcări de afecte (forța intervenției arhetipului animus, prin femeie, de-

termină intervenția arhetipului anima, prin bărbat). Femeile intelectuale dominate de animus au tendința, de exemplu, să aducă într-o discuție cu temă limpede, elemente noi fără nici o legătură cu tema respectivă; intervenția lor, provocînd iritarea bărbatului, are drept scop inconștient manifestarea dorinței acestor femei de a nu mai fi, psihologic, reiectate de animus, deci de a ieși de sub puterea acestui arhetip care le domină. „Necazul vine din aceea că bărbatul caută Femeia în toate femeile, iar femeia încearcă să găsească toți bărbații într-unul singur” (R. CAHEN). Tentativa femeii revine la concentrarea pluralității ce caracterizează animus într-un singur bărbat. Anima trimite la interiorizare, introspecție, relația cu sine; animus se caracterizează prin extroversie. Confruntarea între Eul conștient și animus este analogă confruntării între Eul conștient și anima; și într-un caz și în altul expresiile pe care le îmbracă aceste arhetipuri nu trebuie refulate ci analizate. Animus reprezintă la femeie sedimentul tuturor experiențelor feminine în contact cu bărbatul, în linie ancestrală. O femeie dominată de animus riscă să-și piardă feminitatea, după cum un bărbat care se lasă dominat de anima tinde să se efiniteze (inversiune psihologică a sexelor, avînd drept cauză faptul că o funcție interioară se exteriorizează exagerat). Omul trebuie să-și recunoască lumea interioară și să intre în stăpînirea ei. Anima și animus, ca „personaje de penumbră și de clar-obscur”, pot îmbrăca aspecte inepuizabile (se diversifică, se înlănțuiesc, își extind influențele în persona, apar în vise, în fantezii, în viziuni etc.). Ele se pot manifesta în „complexe personificate”, relativ independente; odată recunoscute și acceptate, aceste conținuturi complexe vor fi integrate de Eu, astfel încît ele nu vor mai provoca nici agresivitate, nici culpabilitate, nici diferite compensații care, la un moment dat, să devină simptomatice.

791. ANIMAL — *magnetism* → MESMERISM.

792. ANIMALĂ — *psihologie* → ZOOPSICOLOGIE.

793. ANIMALIZARE — sin. DEZUMANIZARE ^{sin.} → ABRUTIZARE.

794. ANIMISM (fr. *animisme*; cf. lat. *anima* „suflet”) ● Sistem arhaic de gîndire (cu implicații comportamentale), propriu societăților primitive, bazat pe credința că toate lucrurile și fenomenele din univers (inclusiv cele aparținînd lumii minerale — munții, apa, pietrele,

etc., lumii astrale — soarele, luna, stelele, secvențelor temporale — ziua, noaptea, anul etc.) sînt insuflite sau, în forme mai evolute, pe credința în existența unor ființe spirituale care însuflețesc universul. Din această a doua formă de manifestare a evoluat concepția dualistă care presupune pentru fiecare ființă un statut material (trupul) și unul spiritual (sufletul). Acest sistem primitiv de gândire, reflectînd nivelul de cunoaștere empirico-imaginativ, s-a perpetuat pînă în epoca modernă, integral sau sub formă de reziduuri, la populații din Africa, Asia, Oceania, rămase încă la stadii primare ale evoluției culturale. Sub forme specifice el se manifestă și la copii preșcolari sub titlul de „realism” și „artificialism infantil” (de exemplu, credința copilului că stelele sau luna îl urmează cînd merge, sau că plantele sau pietrele suferă cînd sînt lovite etc.).

În patologie este caracteristică unor psihoze și deficiențe mintale. Psihanaliza folosește noțiunea în interpretarea miturilor, riturilor și a rolului tabuurilor în încercarea explicării mecanismelor unor boli psihice → **MAGIE INFANTILĂ**.

795. ANIZOCORIE (cf. gr. *anisos* „inegal” și *kore* „pupilă”) ● Inegalitatea celor două pupile, care apare ca o anomalie congenitală, la subiecții sănătoși, sau ca o modificare patologică, în cazul existenței unui lues secundar, tabes, PGP sau în sindromul Claude-Bernard-Horner, rezultat în urma iritației simpaticului cervical din diverse cauze.

796. ANKSIOLIN^(M) Turcia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DI AZEPAM**^(M).

797. ANNOLYTIN^(M) Japonia — DCI *Amī-triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d₁-cicloheptenă- Δ⁵-γ-propilamină, cu acțiune antidepresiv-sedativă și ușor anticolinergică, antihistaminică și anti-serotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINA**^(M).

798. ANOETIC (cf. gr. *a-*; *noetikos* „dotat cu capacitatea de a gândi, cu inteligență”) — sin. **ANOGENETIC** ● Termen ce se referă la trăiri subiective, individuale, de genul stărilor precognitive sau noncognitive, sau la o conștiință primitivă și nu este utilizat în psihopatologie.

799. ANOMALIE (cf. gr. *anomalía* „inegalitate, iregularitate”) ● Abatere sau deviere de la morfologia, structura histologică sau poziția normală a unui organ sau formațiuni anatomice, rezultînd dintr-o tulburare de dezvoltare embrionară, de origine fetală (blastogenă), maternă (matrogenă) sau exogenă. În psihopatologie se descriu anomalii ale funcțiilor psihice, cu corespondent în limbaj și comportament.

800. ANOMALIE DAUBNEY-HUDDART — sin. **ACROMATIE** ; **ACROMATOPSIE** ; **CECITATE CROMATICĂ** ; **MONOCROMATISM**
sin.
→ **ACROMATOPSIE**.

801. ANOMIE (cf. gr. *a-*; *nomos* „lege”) ● Concept introdus de DURKHEIM, în 1893, în lucrarea „La division du travail social”, pentru a desemna patologia socială generată de lipsa de reguli morale și juridice, menite să organizeze viața economică. În concepția autorului, omul nu-și poate realiza echilibrul psihic decît într-un sistem de norme sociale coercitiv acceptate. În lipsa acestor norme, apar comportamente morbide, ca violența, suicidul, importanța psihopatologică a anomiei constînd în impactul acestei tulburări atît asupra societății, cît și a subiectului. Termenul ar defini deci o stare de dezorganizare a societății datorată lipsei de norme morale și juridice sau contradicțiilor și conflictelor între aceste norme, care ar duce la imposibilitatea orientării finale a acțiunii umane în sensul integrării individului în societate, la dificultatea raportării acestuia la normal, ajungîndu-se astfel la refularea solidarității sociale. PARSON definește anomia ca „stare în care un mare număr de indivizi nu au posibilitatea integrării în cadrul modelelor instituționale stabile, lucru necesar stabilității personale și bunei funcționări a sistemului social”. Pe plan social, după DISERTORI și PIAZZA, dezordinile psihopatologice de la nivelul colectivității se datorează schimbărilor rapide ale normelor sociale, pe care individul nu și le poate asimila în același ritm. Printr-un mecanism de conexiune inversă, nici sistemul social nu va putea face față situației și va avea de suferit.

Pe plan individual, anomia se caracterizează prin sentimentul de insecuritate difuză, de angoasă, care duce la revendicativitate, la creșterea agresivității. În lucrarea sa „Le suicide” (1897), DURKHEIM descrie suicidul anomic, generat de faptul că, în societățile industriale, au loc schimbări rapide, crizele modifică normele sociale, individul devine un dezorientat, nu mai are norme clare.

● Altă accepțiune dată termenului se referă la dificultatea care apare în afazie în găsirea cuvintului adecvat în deosebi în cazul substantivelor, dar și al altor unități morfologice. Afazicul poate substitui cuvintele potrivite cu perifraze, cu pronume demonstrative, cu foneme, prin care încearcă să se apropie de cuvântul corespunzător.

Termenul se întâlnește și în literatura teologică engleză a Evului Mediu semnificând „disprețuirea pronțiilor divine”.

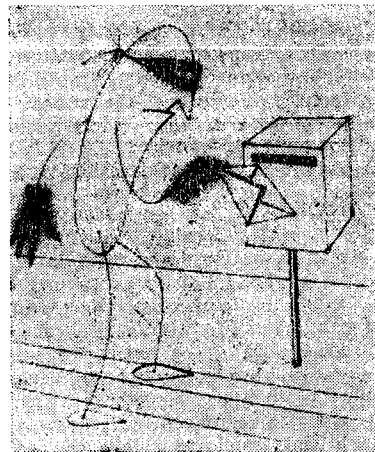
802. ANONIM (cf. lat. *anonymus*) ● Persoană sau operă fără nume, sau al cărui nume apare ca lipsit de importanță, ori este necunoscut.

Identificarea și căpătarea autonomiei personale se face din stadiile precoce ale dezvoltării (trei ani), continuându-se la niveluri formal importante ale integrării bio-psiho-sociale și încheindu-se la sfârșitul adolescenței. Aceste „identificări” repetate reprezintă și încheierea procesului de structurare a personalității. Identificarea nominală urmează aceleași etape, cuprinzând toate formele comunicării, de la mimică și gest inițial, la verbal și grafic, încheindu-se cu stilul și amprenta personală. Identitatea este una dintre valorile importante ale personalității, o trăsătură fundamentală a acesteia. Opus procesului de identificare, acționând entropic, anonimatul face ca limitele Eului să se estompeze, permițând o abatere de la instanțele acestuia, o descărcare pulsională primară, cu caracter impulsiv, primitiv și neelaborat. Anonimul este un deficient, el nu poate stabili relația de comunicare, nu se poate delimita cu curaj în fața unei situații pentru a fi parte activă în decizie. Dacă se desemnifică, el se anonimizează nu numai în sensul de denominalizare, ci și în cel de al doilea sens al cuvântului, devine „fără de lege”. Încărcarea agresivă a actului anonim este prezentă întotdeauna, el născându-se cel mai adesea din răzbunare, declanșând mecanismele „distrucției vindicative” care îi stăpânește, după E. FROMM, pe „indivizi anxioși, posesivi sau cu caracter extrem de narcisic”. Lipsa posibilității de răspuns a victimei, lipsa posibilității de a se apăra, vorbește despre caracterul sadic al autorului actului anonim care își coteplă rezultatul, fără a se expune în vreun fel consecințelor. Dând friu liber pulsionilor și fantasmelor sale agresive, anonimul se transformă dintr-o ființă rațională într-una delirantă, părăsind realitatea pentru proiecțiile pe care le ia drept realitate și pentru care evită confruntarea. Cel mai adesea, actul anonim nu este o construcție organizată, o armă de precizie și de finețe. El amestecă sec-

vențe spațio-temporale a căror încărcătură afectivă este evidentă, descriind situații centrate în jurul unei sau unor victime, secvențe din care scatologia nu lipsește. Actul anonim trădează întotdeauna un deficit de forțe moral-volitve și afective, manifestare care își are o bună exemplificare în inscripțiile obscene de pe garduri, ziduri și alte locuri publice, și în care există o ruptură între penetranța verbală a autorului anonim și posibilitățile lui reale. Ca și acest caz, adesea prepuber, adultul de mai târziu nu-și poate revendica vreodată victoria (în cazul când ea are loc accidental), motiv din care anonimul nu poate deveni vreodată autor. Sint de remarcat potențialul agresiv pe care anonimul îl deține, dorința lui distructivă; reușita neputând să-l satisfacă pe deplin, el va fi împins spre noi acte cu caracter anonim, prin care, va descărca noi potențe antisociale.

803. ANONIMOGRAFIE (cf. lat. *anonymus* și gr. *graphein* „a scrie”) ● Tendința bolnăvicioasă de a scrie anonime (SIVADON), săvârșită de subiecții aflați într-o zonă intermediară, la nivelul căreia se face trecerea pe nesimțite de la ceea ce este normal, către ceea ce este morbid (KRAEPELIN).

Semnificația sa psihiatrică nu este o problemă nouă: KRAEPELIN (1899) introducea pe au-



torii de scrisori anonime, alături de procesormani, vagabonzi, incendiatori, în categoria anomaliilor psihice a psihopaților antisociale (viitoarele personalități dizarmonice); SIVADON (1959) evidențiază o frecvență mai ridicată a acestor acte la femei celibatate, nevrotice sau delirante și, în fine, LOCARD (1973) arată că,

de cele mai multe ori, autorii de anonime sînt persoane cu refuzări sau insatisfacții sexuale majore, invidioase (sau geloase) pe armonia conjugală și/sau realizările altora.

În unele lucrări de specialitate se consideră anonomografia mai frecventă (uneori chiar tipică) pentru sexul feminin. Acest lucru nu este valabil intrucit și bărbații, de multe ori, susțin campanii de defăimare prin anonime, fiind vorba tot de personalități dizarmonice, incapabile de realizare și integrare socio-profesională și familială, a căror agresivitate (anonimă) poate avea urmări grave (divorțuri, sinucideri, risipa zadarnică a unor mari energii materiale și umane). Atunci cînd nu sînt delirante, persoanele atinse de anonomografie sînt, de obicei, structuri dizarmonice de tip paranoiac, isteric, senzitiv. O particularitate demnă de remarcat constă în negarea faptei chiar în condiții de flagrant delict.

Pericolul antisocial real pe care îl reprezintă acești subiecți trebuie apreciat nu numai prin fapta săvîrșită, cît și, mai ales, prin prisma potențială a unor manifestări improbabile de pe această poziție, în situația în care circumstanțele le-ar permite.

804. ANOPSIE (cf. gr. *a(n)-opsis* „vedere”) ● Abolirea (lipsa) vederii și în psihiatrie are importanță datorită ANOPSIEI ISTERICE → AMAUROZA și ISTERIE — nevroză.

805. ANOREXIA^(M) Australia, Franța, S.U.A. — DCI Fenmetrazină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valențe anorexigene, utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHSTIMULENTE.

806. ANOREXIE (cf. gr. *anorexia* „lipsa apetitului”: *a(n)-orexis* „apetit”) ● Lipsa poftei de mîncare (scăderea pînă la absență a apetitului alimentar) și, în consecință, diminuarea aportului alimentar. Termenul nu trebuie confundat cu sitiofobia, în care pofta pe mîncare există dar senzația de sațietate apare precoce, împiedicînd continuarea alimentării, și nici cu intoleranța specifică pentru anumite alimente. Ca mecanism de producere sînt implicate tulburările ce apar la nivelul controlului exercitat de cortex asupra centrilor foamei și sațietății din hipotalamus și ele pot fi reversibile (la subiecții normali, aflați sub imperiul unor emoții puternice, după o scurtă perioadă de infometare [(in)voluntară sau de durată], în numeroase afecțiuni organice și psihice. Acest ultim tip de anorexie își găsește locul în tabloul clinic

al: afecțiunilor digestive bucale (masticăție și/sau deglutiție dificilă), gastrice (gastrite, cancer gastric); afecțiunilor hepto-bilio-pancreatice; endocrinopatiilor — boala Simmonds (insuficiență hipofizară), boala Addison (insuficiență cortico-suprarenală), hipertiroidia, hiperparatiroidia, diabetul zaharat decompensat și intoxicațiilor cronice endogene (acidoza diabetică, uremia) sau exogene (alcoolismul cronic) și afecțiunilor psihice (nevroze, psihoza depresive, schizofrenie), bolilor generate de leziunile corticale.

În nevroze anorexia îmbracă coloraturi particulare, în funcție de forma clinică: demonstrativă și ostentativă, în isterie și lamentativă și de inspirație „medical-științifică” în hipochondrie și neliniștită, însoțită de panică, în stările de anxietate și cu caracter obsesiv sau cu frici paralizante, în sindromul obsesivo-fobic și lipsa alimentației alături de prăbușirea dispoziției, în stările depresive de diferite intensități.

În psihoze anorexia capătă mai degrabă forma refuzului alimentar consecutiv instalării tulburărilor psihice centrale (idei delirante, halucinații, confuzie, depresie). În schizofrenie, refuzul alimentar face parte din fenomenul mai larg al negativismului sau transcende din trăirile delirant-halucinatorii și în stările confuzionale și în sindroamele demențiale, apetitul alimentar este „dezorganizat”, de dezorientare și în psihozele depresive, apare ca un revers al ideilor de inutilitate, culpabilitate sau ca modalitate autolitică. O discuție aparte merită (deși mai degrabă o putem considera intrată în istoria psihiatriei, de cînd LASÈGUE i-a dat un nume, în 1873) anorexia „mintală” sau „esențială a tinerelor fete” → ANOREXIA MINTALĂ.

807. ANOREXIE MINTALĂ ● După unii autori, prima descriere a sindromului s-ar datora lui MORTON (1689), iar după alții ea ar data din 1873 și i-ar aparține lui LASÈGUE care, sub numele de „anorexie isterică”, face un studiu clinic complet a opt cazuri, analizînd psihologia subiecților și interacțiunea ei cu mediul familial. Clinicianul englez W. GULL a întreprins și el observații cu conținut asemănător reunite sub numele de „apepsie isterică”. Modificarea denumirii sindromului în cel de „anorexie mintală” îi aparține lui HUCHARD (1883). Ca factor etiologic primordial, se incriminează o dispoziție psihică anormală, căreia endocrinologia și psihanaliza încearcă să-i găsească și alte explicații.

În forma clasică, anorexia mintală apare la fete între 15—20 ani, care încep treptat să-și

reducă alimentația, întâi selectiv, apoi progresiv total, ajungând să slăbească 2—3 kg pe lună, fără a avea o motivație serioasă. La insistențele anturajului, continuă să refuze să se alimenteze și fac apel la laxative, exerciții fizice, își provoacă vomă în cazul în care sînt forțate să mănince. Scăderea ponderală este precedată de amenoree, simptom care persistă uneori și după vindecarea clinică a anorexiei și este însoțit de hipotensiune arterială, bradicardie, bradipnee, extremități reci. Din punct de vedere biochimic se înregistrează hipoglicemie, hipocolesterolemie, metabolism bazai diminuat, scăderea extrogenilor urinari. Examenul pe aparate și sisteme, cit și celelalte examene paraclinice se încadrează în limitele normalului. Intricarea psihosomatică cuprinde, după LASÈGUE, trei faze: în prima fază, motivind diverse acuze digestive, subiectul refuză să se alimenteze, după care, în a doua fază, la insistențele familiei, de obicei, se încapăținează să nu mănince fără a-și mai argumenta comportamentul, sub masca unor suferințe digestive. Este momentul în care subiectul trebuie scos din mediul familial care îi este nociv, întrucît există o relație direct proporțională între intensitatea insistențelor și chiar a amenințărilor anturajului și refuzul de a se alimenta. Dacă intervenția medicului nu este promptă, decesul subiectului este posibil, întrucît în faza a treia, instalată după 1—2 ani, starea sa fizică ajunge la cașexie, iar astenia devine atît de marcată încît împiedică părăsirea patului.

Deși, inițial, anorexia mintală a fost interpretată ca o idee fixă, isterie, capriciu, simulare, endocrinologia și psihanaliza au încercat să deslușească o parte din verigile patogenice ale bolii. Datele endocrinologice au arătat că o parte din bolnavii de anorexie mintală au fost luați drept bolnavi endocrin, cașexia fiind considerată de origine hipofizară în cadrul unei boli Simmonds sau al unui sindrom Sheehan, dar anorexia mintală, spre deosebire de cea din bolile endocrine, nu se rezolvă prin tratament hormonal. Nu trebuie înlăturată însă posibilitatea existenței unor cazuri mixte sau intermediare, în care componenta endocrină este secundară, determinind amenoree, hipercolesterolemie sau chiar hiperfagie și sindrom adipozo-genital (GUIRAUD, DE MONTPELLIER). Diencefalul este acela care, prin diverse mecanisme fiziopatologice, produce modificări funcționale hipofizare și ale vieții instinctivo-afective, motiv pentru care J. DELAY a numit maladia o endocrino-nevroză juvenilă, iar J. DECONOT a propus numele de cașexie psiho-endocrină a adolescenței.

Datele psihologice relevă o incidență mai mare în anumite etape ale dezvoltării psihice și anume: la sugari (legată de actul înțărcatului sau de absența îngrijirii materne), la antepreșcolari și la puberi (legată de una dintre următoarele situații: apariția unui frate/soră, rivalitate între frați, pierderea unei persoane apropiate, „avitaminoză” afectivă, hospitalism, carențe educaționale). Fiind frecventă mai ales la femei și avind momentul de apariție la pubertate, afecțiunea ar putea fi interpretată ca o reacție de opoziție instinctiv-afectivă la feminitate. Alți autori (P. JANET), printre care și unii de orientare psihanalitică, consideră posibilă existența unui sentiment de rușine, a unor scrupule sexuale sau religioase, care determină ideile de vinovăție și explică anorexia ca o autopedepsire. Psihanaliza recunoaște la originea anorexiei mintale fixația orală pe hrană (legată de mama preoedipiană), determinări simbolice sexuale ale actului alimentării, etc.

DONNADIEU și AUBIN, bazîndu-se pe prezența reveriilor erotice din unele forme de inanție, le iau în considerație ca un mod de evadare iluzorie a subiectului. Trebuie semnalate și sentimentele de singurătate, anxietate, cele narcisice, precum și teama de abandon. Adolescența este o etapă-problemă în formarea personalității oricărui om, susceptibilă de apariția unor tulburări afective, a unor crize de opoziție și agresivitate, legate de mediul familial în care se formează puberul. MICHAUX și GEORGES-JANET au constatat că anorexia mintală apare mai frecvent la fete care, prin pregătirea lor, au reușit să depășească condiția familiei de origine și care, aspirind spre o continuă perfecționare a nivelului lor intelectual, ar neglija și chiar ar respinge alte plăceri organice. Sentimentele trăite de ele ar fi contradictorii și s-ar naște din diferența dintre nivelul cultural propriu și cel al părinților, cărora le datorează de fapt situația lor, psihanaliza explicînd anorexia printr-o agresivitate față de mamă, cu respingerea stadiului oral. De aceea, este necesară scoaterea subiectului din mediul familial care n-ar face, în aceste condiții, indiferent de metoda adoptată (rugăminți sau agresivitate), decît să-l îndirjească în atitudinea sa, mai ales dacă mediul familial ca atare ar reprezenta scena desfășurării unui conflict.

Regresia către copilărie pe care o realizează anorexia, concomitent pe plan psihic și fizic, are drept cauză modificări ale hipotalamusului care primește atît stimuli organici interni, cît și stimuli de la cortex. În cadrul bolilor psihosomatice, anorexia mintală este unul

dintre modelele surprinzătoare ca manifestare și evoluție. S-ar părea că anorexia mintală nu este adecvat denumită ca atare, pentru că nu este vorba, cel puțin la începutul bolii, de inapetență, alimentul fiind un simbol inconștient al unei existențe interzise, iar refuzul său, o pedeapsă (SELVINI, 1963). După MICHAUX, sînt unii subiecți care au o „vocație anorexică” constituțională și alții care au dobîndit-o în decursul existenței.

Prognosticul și terapia depînd, în mare măsură, de structura personalității subiectului. La personalitățile de tip ciclotim, accesul anorexic poate fi un echivalent depresiv. M. POROT a demonstrat aportul testului Rorschach în evidențierea structurii personalității acestor subiecți. După DURAND, anorexiile mintale au mai multe forme: nevrotice, psihotice și conflictuale, fiecare cu tratamentul lor. Anorexiile mintale pot apărea și la persoanele adulte de sex feminin, de obicei, după un mariaj urmat de conflicte conjugale, fiind interpretat ca un refugiu în boală al tinerei soții.

Faptul că anorexia mintală este o reacție instinctiv-afectivă este întărit de descrierea dată de pediatri unor cazuri de anorexie mintală a sugarului (apărută la schimbări de alimentație sau de atitudine din partea mamei) sau a copilului între trei și șase ani (ocazonată de nașterea unui frate).

Anorexia mintală masculină este foarte rară (3—10 băieți la 100 fete) și apare pe un teren obsesional și fobic, ca o conduită de autopedepsire, avînd o evoluție foarte gravă.

Prima conduită terapeutică în cazul unei anorexii mintale pure (în care s-a exclus cauza organică) este scoaterea din mediul familial și izolarea în alt mediu, propice psihoterapiei centrate pe mecanismele psiho-afective și adaptate caracteristicilor personalității subiectului. Tratamentul hormonal poate ajuta în cazurile în care se constată o dereglare hipofizară, ca și clinoterapia, care e necesară în primele zile. Dacă refuzul alimentar persistă, se poate apela la o sondă alimentară sau la cîteva ședințe de electroșoc care, prin abreacție, provoacă, ușurează inițierea psihoterapiei. Pentru efectele sale fizice și psihice s-a încercat insulinoțerapia, sub forma curei Sakel. După reabilitarea stării generale a subiectului, urmează perioada cea mai dificilă în care trebuie să se continue tratamentul și anume schimbarea condițiilor de viață ale subiectului, chiar dacă pentru aceasta este necesară scoaterea lui din mediul familial pentru o perioadă mai îndelungată.

808. ANOREXIE SOCIALĂ ● DÈJERINE și GAUCKLER au observat că subiecții care au fost mai mult timp privați de condițiile (în general materiale) necesare unei alimentații satisfăcătoare și a căror situație se îmbunătățește la un moment dat, continuă să se alimenteze insuficient. Ei au denumit acest tip de anorexie — socială.

809. ANOREXIGENE (cf. gr. *anorexia*; *gennan* „a naște”) — sin. SATUROSTIMULENTE ● Medicamente folosite, alături de un regim hipocaloric, la subiecții care au o motivație puternică pentru a slăbi. Rolul lor este de a potența efectele regimului și de a îndepărta urmările neplăcute. Pentru reducerea excesului ponderal din obezitate, este necesar ca aportul de calorii să fie scăzut sub nivelul consumului, ceea ce necesită, în primul rînd o dietă severă, fără de care anorexigenele nu pot avea nici un efect miraculos. Dacă motivația subiectului este suficient argumentată și determină mobilizarea voinței, asocierea anorexigene-dietă poate avea succes. Este necesară în același timp, instituirea unei terapii comportamentale, în vederea remodelării conduitei alimentare. În terapia unor boli, produșii terapeutici necesari vindecării sau ameliorării au, printre efectele secundare nedorite, și creșterea ponderală, caz în care utilizarea anorexigenelor își găsește în mod special justificarea, spre deosebire de dietele, mult mai frecvente, din motive estetice.

Anorexigenele au o structură similară aminelor simpaticomimetice și sînt derivați ai nucleului beta-feniletilaminic. Prototipul lor este amfetamina, care are o serie de efecte secundare ce necesită, la rîndul lor, o altă corecție. Trebuie avute în vedere riscurile utilizării anorexigenelor de către neinițiați sau în absența supravegherii medicale, dublate de o experiență în acest domeniu. Un inconvenient major îl constituie și instituirea dependenței față de drog, sens în care amfetaminelor le sînt preferate fenfluramina și fenmetrazina. De fapt, fenfluramina ar fi un saturostimulent, pentru că acționează prin stimularea senzației de sațietate și nu prin diminuarea apetitului. Deși după cîteva săptămîni apare un grad de toleranță, administrarea continuă este preferată celei intermitente. Tratamentul va fi diminuat progresiv, pînă la suspendarea totală, existînd pericolul apariției depresiei; este contraindicat în primul trimestru al sarcinii și în asociere cu IMAO; se poate administra la hipertensivi. Un preparat utilizat este dietilpropiona (Silutin), a cărui acțiune stimulentă centrală este

mai blândă; contraindicațiile sale sînt: glaucomul, hipertiroidia, feocromocitomul, vîrsta sub 12 ani, stări de agitație, primul trimestru al sarcinii, alăptarea, primele două săptămîni după intreruperea tratamentului cu IMAO. Terapia continuă, ca și cea intermitentă, dă rezultate asemănătoare. Fentermina este asemănătoare cu dietilpropion și fenfluramina. Preparatele tiroidiene pot produce și ele scăderea greutății corporale, dar datorită efectelor hipermetabolice, nu pot fi folosite timp îndelungat. Diureticele pot produce inițial scădere ponderală, dar, ulterior, apar dezechilibre electrolitice care le reduc folosirea în acest scop. Fără a se dovedi foarte eficace, trebuie menționată și metilceluloza, ca și alte materiale inerte calorice. Subliniem încă odată că anorexigenele sînt utile numai subiecților care au o motivație puternică pentru a slăbi, renunțînd la vechile obiceiuri alimentare și la apetitul exgearat. Subiecții trebuie avertizați că dieta este factorul esențial în slăbire, medicamentele anorexigene avînd doar rolul adjuvant de a facilita dificultățile dietei și de a-i potența efectele. Alături de dietă și medicație, exercițiile fizice, tehnicile de terapie comportamentală remodelază uneori cu succes comportamentul alimentar al obezului.

810. ANOREXINE^(M) Canada — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat → AMFEPRAMONE^(DCI).

811. ANORGASMIE (cf. gr. *an(n)-*; *orgaon* „a arde de dorință”) ● Absența finalizării orgasmice a actului sexual, mai frecventă la sexul feminin, putînd avea cauze multiple, dependente fie de subiect, fie de partener și tulburarea are, de obicei, efecte semnificative asupra cuplului.

812. ANORMAL — *comportament* (cf. lat. *anormalis*) ● Legătura anormalității comportamentale cu boala psihică și, implicit, cu psihiatria, a însoțit evoluția socio-culturală a umanității încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute. Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau valoric, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta și este în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. J. DELAY și P. PICHOT consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă

și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentînd un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus arătînd că, sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește odată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale. Dacă pentru un grup restrîns de ocupații (agricultori, ostași, meșteșugari), „selecția profesională” începea „ex ovo” (breslele), iar numărul operațiilor și cunoștințelor era limitat, putînd compensa enorme deficiențe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condițiile revoluției tehnico-științifice solicitările socio-profesionale și ritmul de producție discriminează drept anormali o serie largă de indivizi, inapți pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sînt decît în mod potențial și probabilistic candidați la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crîze grand mal, furror epilepticus), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul își putea conduce poporul în pofida frecvențelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea și, implicit, subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

Aparenta creștere a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură, de posibilitățile societății contemporane, care, prin multiplele ei canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că, în epoci mai vechi, societatea umană a sancționat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membri comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de con-

cepții greșite și de credințe cu largă circulație în rîndul celor mai diverse categorii sociale.

Credința că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate și bizar, este una dintre cele mai răspindite, generînd, prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobișnuite și net diferite de elementele comportamentului obișnuit.

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal și anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că această delimitare ar fi la îndemîna oricui, după criteriile individuale. Prezentarea anormalului și a comportamentului său ca eludînd regulile obișnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o rușine și o pedeapsă, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeași semnificație.

Caracterul ereditar al anormalității, ca și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sînt alte prejudecăți avînd aceeași origine. Un efect nedorit l-a avut și

opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Ur-mărind acest raționament, LOMBROSO a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului innăscut) — aceea a geniului ca nebunie; de fapt, între cei doi termeni nu poate exista decît o relație posibilă între orice nivel de inteligență și boala psihică.

COLEMAN și BROEN stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale, ca: boală psihică, comportament neadapdat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice — arătînd că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament, care variază în funcție de o serie de criterii și modele. În acest sens prezentăm, în viziunea concepțiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicații diferite privind semnificația comportamentului anormal.

Tabel nr. XVII

Modelul	Sănătatea mintală	Comportament anormal
<ul style="list-style-type: none"> ● psihiatric ● comportamentalist ● umanistic ● existențial ● interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ● abilitatea de satisfacere a necesităților instinctuale în limitele impuse de societate ● adaptare deschisă la stimulii din mediu ● împlinirea tendințelor naturale față de orientarea și împlinirea de sine ● libertatea de a decide conștient ● realizarea de relații interpersonale 	<ul style="list-style-type: none"> ● dezvoltarea greșită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoțite de anxietate ● adaptare ineficientă prin învățarea unor comportamente inadecvate și incapacitatea de corectare ● incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalității prin blocarea sau distorsionarea acestor tendințe către auto-întinerire ● incapacitatea realizării identității adecvate de sine și a înțelegerii sensului vieții ● rezistența față de relații interpersonale și acomodare de tip patologic

După C. ENĂCHESCU, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

- comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență, climax, andropauză), cu caracter pasager și reversibil;

- comportamentul de tip carențial (legat de stări de frustrare afectivă, carențe educaționale, disfuncții familiale și în modul de viață), ce creează dificultăți de adaptare;

- comportamentul de tip sociopatic, conștind din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic ;
- comportamentul de tip patologic, parțial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensități și forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a normalității ar trebui să cuprindă (după PURUSHO-TOV) :

- criteriul existenței la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate ;
- criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ ;
- criteriul contextului social (normele și valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul ;
- criteriul diminuării randamentului și eficienței individului.

K. SCHNEIDER afirma că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiție „persoanele psihopatică sînt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă și ei și societatea”) ; el accentua asupra comportamentului, sperînd să desprindă, dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eșec” (KOLLE), criteriul de anormalitate presupus de el fiind însăși diversitatea personalității umane.

813. **ANORTOPSIE** (cf. gr. *a(n)-*; *orthos* „drept, corect” ; *opsis* „vedere”) ● Percepție distorsionată a obiectelor sau figurilor, pusă în evidență de PLATEAU, în 1836, cu ajutorul ortoscopului. Termenul are aceeași semnificație, pentru HELMHOLTZ, cu ILUZIA ANORTOSCOPICĂ.

814. **ANOSMIE** (cf. gr. *a(n)-*; *osme* „miros”) ● Pierderea totală a sensibilității olfactive, cel mai frecvent de cauză neurologică, prin leziuni la nivelul segmentului periferic al analizorului sau la nivel central (traumatism, tumoră).

În psihiatrie, anosmia apare ca simptom conversiv al isteriei și indică, de obicei, o afecțiune organică ce poate fi confirmată prin investigațiile clinice și paraclinice, reprezentînd expresia unui conflict psihogen ușor de pus în evidență. Diagnostic pozitiv, ca și cel diferențial (cu anosmia organică), se realizează

printr-o probă simplă: mirosirea unei substanțe cu acțiune iritantă, pe care subiectul cu anosmie funcțională nu o va recunoaște, dar care se va evidenția reflex prin lăcrimare (reflexul naso-lacrimon) reflex absent în anosmia organică.

815. **ANOXEMIE** (cf. gr. *a(n)-*; *oxys* „ascuțit, viu” ; *aima* „singe”) — sin. **HIPOXEMIE** ● Scăderea sub limitele normale a presiunii parțiale a oxigenului în singele arterial. În funcție de mecanismul de producere poate fi anemică (prin reducerea cantității de hemoglobină sau a numărului de hematii din singe) ; anoxică (prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului în aerul inspirat) ; histotoxică (prin blocarea enzimelor respiratorii tisulare, cu incapacitatea celulelor de a utiliza oxigenul) ; de stază (prin încetinirea circulației periferice). De obicei se însoțește de hipercapnie (creșterea presiunii parțiale a bioxidului de carbon). Poate determina anoxie.

816. **ANOXIE** — sin. **HIPOXIE** ● Scăderea presiunii parțiale a oxigenului în țesuturi. Mecanismele de producere sînt similare anoxemiei. Cauzele pot fi diverse : altitudine mare, vicierea cu gaze străine a aerului atmosferic, afecțiuni respiratorii, comunicări între inima dreaptă și inima stîngă (anoxie anoxică) ; anemii de diverse cauze (anoxie anemică) ; insuficiență cardiacă, tulburări ale circulației periferice (anoxie de stază) ; intoxicații cu alcool, droguri de tip LSD (anoxie histotoxică).

Semnele neuropsihice ale anoxiei și hiper-capniei sînt integrate în tabloul clinic al encefalopatiei respiratorii. Cefaleea este frecventă, mai ales matinală, fiind determinată de diminuarea activității formațiunii reticulare în timpul somnului, ceea ce accentuează hipoventilația alveolară, mărește hipercapnia și, odată cu ea, hipertensiunea intracraniană, care poate fi atît de ridicată, încît să producă edem papilar și hipertensiunea LCR. Asocierea cefaleei cu edemul papilar poate orienta eronat către diagnosticul de tumoră cerebrală, dacă nu se determină concentrația gazelor sanguine. Pot apărea, de asemenea, stări de agitație alternînd cu somnolență, insomnie cu inversarea ritmului nocturnal, aceleași manifestări putînd apărea și în senilitate, tratarea lor în anoxemie cu sedative (diagnostic greșit) conduce la efecte dezastruoase. Alteori se observă modificări caracteriale, tulburări de memorie, iar în formele grave — sindrom confuzional, obnubilare. Pot apărea și tulburări motorii : flapping tremor, sau chiar crize convulsive epileptiforme. Anoxia produsă la un nou-

născut după o naștere dificilă poate fi cauza unor leziuni cerebrale sechelare, generatoare de epilepsie, infirmități neurologice, debilitate mintală. Scăderea presiunii parțiale a oxigenului (fie că se datorează asfioxiei prin oxid de carbon, spinzurării, strangulării; decompensării cardiace, fie rarefierii aerului la altitudine), tulburări psihice. În aceste cazuri subiectul simte, mai întâi, o stare de „bine”, euforie, ușurare, căreia îi urmează amorțeală, torpoare senzitivă și psihică, apoi tulburări de memorie, de gândire, tulburări în orientarea în timp, diminuarea auzului și vederii, pierderea simțului autocritic, iar în final, pierderea cunoștinței, care poate fi pasageră sau poate antrena subiectul în comă. Intensitatea tulburărilor psihice se accentuează pe măsură ce scade concentrația de oxigen, existând un paralelism între gradul tulburărilor mintale și severitatea simptomelor somatice. Formațiunile nervoase superioare sînt foarte vulnerabile la deficitul de oxigen, 5—6 minute de ischemie cerebrală reprezentînd un prag a cărui depășire are consecințe severe asupra zonelor afectate și a funcțiilor lor. O ischemie de mai mult de 10 minute este susceptibilă de a provoca o modificare completă și definitivă a comportamentului. Această disoluție neuro-psihică este însoțită de amnezie lacunară și, în asfiziile grave, de stări confuzionale și sechele mai mult sau mai puțin prelungite.

817. ANOXINE^(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară cuerei NL, TDS; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

818. ANOZODIAFORIE (cf. gr. *a-*; *nosos* „boală” și *diaphoria* „diferență”) ^{sin.} → HEMI-ASOMATOGNOZIE INCONȘTIENȚĂ.

819. ANOZOGNOZIE (cf. gr. *a-*; *nosos*; *gnosis* „cunoaștere”) ● Tulburare descrisă, în 1885, de MONAKOV și, ulterior, de ANTON (1889) ca incapacitate de percepție a bolii sau infirmității senzoriale, sau a valorii. BABINSKI prezintă, în 1914, două cazuri de hemiplegie stîngă în care „bolnavii păreau total dezinteresați de mîna sau piciorul hemiplegic” și consideră acest fapt legat de o leziune limitată a cortexului, poziție pe care se vor situa ulterior și alți autori ca: HEAD, PÖTZL, HOFF, ENGERT. În 1924, GERSTMAN va descrie sindromul ce-i poartă numele, în care anozognozia joacă un rol important. Pentru

WEINSTEIN, KHAN, SLOTE, anozognozia, ca și asimbolia durerii și inatenția lateralizată, reprezintă o tulburare comportamentală apropiată de sindromul Korsakov, ca tulburare mintală generalizată, pe care REDLICH și BONVICINI o atribuie unui mecanism de apărare, constînd în negarea a ceea ce este neplăcut și supărător — boala și consecințele ei.

Se poate nota un gen de obstinație sau de rezistență în recunoașterea paraliziei. Această atitudine din partea subiecților este cu atît mai curioasă în unele cazuri, cu cit unii dintre ei sînt aproape obsedați de teama unei paralizii înainte de accidentul vascular propriu-zis (LUTEMBACHER), sau în cazul existenței unui accident, nu admit un al doilea accident vascular la distanță previzibilă, deși au experiența din prima paralizie.

Anozognozia poate îmbrăca mai multe forme în cadrul sindromului Anton-Babinski:

- subiectul transferă asupra hemicorpului drept toate senzațiile și funcțiile hemicorpului stîng;
- subiectul admite existența hemicorpului stîng ca latură independentă a corpului lui;
- subiectul are sentimentul existenței alături de el, fie a unui segment (mînă sau picior) care ar aparține unei alte persoane, fie a unei a treia extremități (a al treilea braț sau picior), fie a unui segment străin de corpul lui (identificat uneori ca un șarpe).

ALAJOUANINE arăta că jargonofazia (a cărei apartenență la grupul anozognoziilor fusese indicată chiar de ANTON), ca disoluție a structurilor semantice, nu este recunoscută de către subiect, combinîndu-se uneori cu imposibilitatea de a exprima această nerecunoaștere. La aceasta, DEJERINE adăuga surditatea verbală pură, ca putînd fi asimilată grupului fenomenelor anozognologice, prin nerecunoașterea sa de către bolnav.

Afaziile senzoriale, în care domină tulburările de înțelegere, sînt necunoscute de către subiect, constituînd un fenomen în care anozognozia este prezentă fără a fi ubicuitară.

Uneori, în sindromul Anton, bolnavul își ignoră cecitatea, sau încearcă să invoce calitatea ochelarilor sau obiecte străine în ochiul drept, ca explicație a faptului că nu vede.

GAYRAL încearcă să asimileze anozognoziei cazul unei grăvide care și-a ignorat starea de maternitate și a născut fără dureri (datorită unei insensibilități congenitale la durere). O astfel de încercare este însă insolită și exagerată, „anozognozia” nefiînd, în acest caz, rezultatul unei leziuni centrale.

820. ANOZOMELIE (cf. gr. *a-*; *nosos*; *smelos* „membru, parte a corpului“) ● Defect de percepție și integrare, ce face imposibilă recunoașterea existenței unui segment bolnav. Este o agnozie de schemă corporală, ceea ce presupune respectarea elementelor definitorii ale agnoziei → AGNOZIE.

821. ANQUIL^(M) Anglia, Belgia — DCI *Benperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirufenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil)propil-/4-piperidil-/2-benzimidazolină, indicat în neliniștea și agitația din psihozele schizofrenice catatonice și paranoid-halucinatorii, psihoze de involuție, manie. În afara efectelor secundare clasice ale NL incisive, trebuie menționată acțiunea sa preconvulsivantă și faptul că diminuează acțiunea L-Dopa.

822. ANSEPRON^(M) Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acțiune miorelaxantă sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Este de o bună toleranță, efectele secundare fiind practic nule.

823. ANSIACAL^(M) Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → NAPOTON^(M) România.

824. ANSIETAN^(M) Italia — DCI *Meprobramat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → MEPROBAMAT^(M) România.

825. ANSILAN^(M) Iugoslavia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică; are o singură contraindicație: miastenia.

826. ANSILOR^(M) Portugalia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

827. ANSIOLIN^(M) Argentina ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ?
- OXAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativ-anxiolitică.

828. ANSIOLISINA^(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → DIAZEPAM^(M) România.

829. ANSIOPAX^(M) Portugalia — DCI *Dibenzepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-(dimetilamino)etil-/5,10-dihidro-5-metil-11H-dibenzo/b, e//1,4/diazepin-11-onă, cu acțiune antidepresivă și tranchilizant de valoare medie. Nu se asociază cu IMAO.

830. ANSIOPAZ^(M) Columbia, Ecuador, Peru — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic miorelaxantă și sedativă. Are o bună toleranță și efecte sedativ-hipnotice mai modeste.

831. ANSIOTEX^(M) Brazilia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → ANSILOR^(M) Portugalia.

832. ANSIOWAS^(M) Spania ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → ANSIETAN^(M) Italia.

833. ANSIUM^(M) Spania ● Produs terapeutic conținând:

- SULPIRIDE^(M) — neuroleptic, derivat benzamidic;
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

834. ANSIUS^(M) Portugalia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → ANSILAN^(M) Iugoslavia.

835. ANSOTOMIE (cf. lat. *ansa* „toartă, minier“; gr. *tome* „tăiere, secționare“) ● Metodă folosită în neurochirurgie, urmărind suprimarea mișcărilor involuntare (ca de exemplu, în boala Parkinson) prin intreruperea stereotaxică a fibrelor nervoase care formează *ansa lenticulară*.

836. ANTABUSE^(M) Anglia — DCI *Disulfiram* ^{sin.} → ANTALCOL^(M) România.

837. ANTAGONISTE^(H) halucinații (cf. gr. *anti* „contra“; *agon* „luptă“) — sin. CONTRADICTORII^(H) halucinații ● Halucinații acustico-verbale care-i creează subiectului senzația că vocile sînt opuse în ceea ce privește conținutul mesajului pe care doresc să-l transmită. Astfel, în timp ce unele voci îl incurajează, altele îl injuriază (MARCHAIS). Disjunctia tematică a halucinațiilor poate fi marcată și de perceperea diferențiată a celor două tipuri de halucinații: o ureche este destinată celor favorabile, cealaltă celor defavorabile. Stirnesc contrarietate și anxietate subiectului.

Se intilnesc în psihozele cronice, mai ales în cele de origine alcoolică.

838. ANTAGONIȘTI DE HISTAMINĂ → ANTIHISTAMINICE.

839. **ANTALCOL**^(M) România — DCI *Disulfiram* ● Acțiunea sa constă în oprirea metabolizării alcoolului în faza aldehidei acetice, prezentind și marele avantaj de a face dezagreabil consumul de alcool, prin apariția, la 10—15 minute după ingestia alcoolului, a hiperemiei feței, gîtului, trunchiului, senzației de căldură, cu tahicardie, cefalee, hipotensiune, dispnee, tuse, greață, vărsături, fenomene ce retrocedează treptat. Administrarea antalcolului fără consum concomitent de alcool nu provoacă nici un din simptomele dezagreabile descrise. Este indicat în tratamentul alcoolismului cronic. Prezintă însă câteva contraindicații: afecțiuni cardiace, renale, hepatice severe, boală ulceroasă, epilepsie, psihoze, hipertiroidie, astm bronșic, sarcină și consumul de alcool în cantități mari (urmări severe). Se administrează timp de 4 zile câte 1 g/zi pe nemincate, apoi se efectuează prima probă de sensibilizare — prin ingestie de alcool sub supraveghere și în continuare se scade doza pentru următoarele patru zile la 0,750 g și se mai efectuează încă 1—2 probe de sensibilizare și din nou se scade doza pentru următoarele patru zile cînd se efectuează încă 1—2 probe. În general sint suficiente patru probe pentru obținerea unui efect condiționat de dezgust. Tratamentul de întreținere: 0,500 sau 0,250 g/zi timp de 1—3 luni este suficient pentru obținerea rezultatului scontat. Tratamentul de atac și stabilirea dozei de întreținere se fac numai sub supraveghere medicală. Atragem atenția asupra riscului administrării tratamentului „în familie — de către familie” (fără știerea subiectului) existînd mari pericole.

Prođuși farmaceutici similari :

ANTABUSE^(M) Anglia

ESPERAL^(M) Franța

ATAETHYL^(M) R.F.G.

CONTRALIN^(M) R.D.G.

840. **ANTALGIC** (cf. gr. *anti* „contra” și *algos* „durere”) ● Element ce alină sau înlătură durerea. Termenul este utilizat atît pentru denumirea poziției (poziție antalgică), cît și pentru medicație (medicament antalgic).

841. **ANTAPENTAN**^(M) Austria

— DCI Fen- ANTAPETAN^(M) Elveția

dimetrazină ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte

simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, TDS; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

842. **ANTECEDENT** (cf. lat. *antecedens* „care precede”) ● Termen care are mai multe accepțiuni :

● În sens general filozofic — orice fenomen care precedă un alt fenomen.

● În logică — prima parte a unei implicații și în propoziții compuse, de forma „dacă ... atunci”, antecedentul se referă la un fapt din care, odată realizat, decurge un alt fapt, marcat în cea de a doua parte a implicației, introdusă prin „atunci” și numită consecvent.

● În medicină — componentă a anamnezei, constînd din asamblarea, de obicei într-o ordine cronologică, a datelor ce prezintă semnificații și care au premers momentului declanșării bolii actuale. Examenul psihiatric, ca de altfel orice examen medical, nu poate ignora fenomenele premorbid care țin pe de o parte de încărcătura eredo-colaterală, iar pe de altă parte, de trecutul patologic propriu al persoanei. Astfel, se menționează dacă există la rudele de gradul I sau II afecțiuni psihice cu potențial de transmitere la descendenți (PMD, schizofrenii, eventual demențe, boli degenerative neurologice, psihopatii „de nucleu”, dezvoltări patologice reactive ale personalității). Dacă acest tip de antecedente ne furnizează numai imaginea unui fundal genetic, pe care se desfășoară existența subiectului aflat în suferință, datele referitoare la trecutul său fiziologic (circumstanțele de desfășurare a nașterii, dezvoltarea psihomotorie în copilărie, cu implicații în cazul oligofrenilor) sau patologic (afecțiuni infecțioase, toxice, traumatice, endocrine, neurologice sau legate de perioada maternității) au o semnificație mai directă în stabilirea diagnosticului. Antecedentele de aspect patologic, îndeosebi, au un rol determinant (ca în cazul patologiei psihorganice cerebrale) sau favorizant pentru unele tulburări psihice cu caracter reactiv sau acompaniator (patologia „psihosomatică”, patologia somatică concomitentă care lasă urme, mai superficiale sau mai profunde, în psihicul subiectului). O bună culegere a acestor date privind etapa premergătoare afecțiunii prezente a subiectului și valorificarea lor istorică adecvată reprezintă jalocane importante în cursa diagnostică și terapeutică pe care o angajează clinicianul psihiatru, ca și în conturarea prognosticului.

843. ANȚEPAN^(M) Portugalia ● Psihostimulent anorexigen ^{sin.} → ANTAPENTAN^(M), ANTAPETAN^(M) Austria, Elveția.

844. ANTEROGRADĂ (cf. lat. *anterior* „mai înainte” și *gradi* „a merge”) ● Adjectiv ce desemnează derularea unor evenimente anterior unui moment anume, cu semnificație în procesul de condiționare (stimulul condiționat precedă stimulul necondiționat — condiționare anterogradă), ca și în apariția și evoluția unor tulburări psihice. Referirea se face de obicei la tulburările de memorie, amnezia anterogradă sau de fixare (RAUSCHBURG, 1921), reflectând faptul că agresiunea a delimitat o perioadă dinaintea producerii sale, în care evocările sînt intacte, și o altă perioadă, după intervenția factorului agresiv, în care imaginile și evenimentele nu mai pot fi fixate și deci nici evocate. Acest tip de amnezie este întîlnit în reacții psihogene, sindroame nevrotice, sindrom Korsakov (alcoolic, traumatic și infecțios), sindrom confuzional, psihoza maniaco-depresivă, presbiofrenie → AMNEZIE.

845. ANTIADIPOSITUM^(MC) Elveția ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează. Este compus din :

- CATHINĂ^(M) — nooanaleptic, derivat feniletilaminic ;
- CAFEINA^(M) — stimulent psihomotor. Are acțiune stimulent-psihomotorie.

846. ANTIBIOTICE (cf. gr. *anti* „contra” și *bios* „viață”) ● Denumire dată de WAKSMAN (creatorul streptomicinei) grupei de medicamente cu acțiune de distrugere sau inactivare a germeilor patogeni: virusuri, plasmide, rickettsii, micoplasme, bacterii, fungi patogeni, protozoare, metazoare. Clasificarea antibioticelor se face în funcție de: structura chimică (penicilina, macrolide, tetraciline, nitrofuran) și tipul spectrului de acțiune (germenii asupra cărora acționează antibioticul); acțiunea predominantă pe un anumit agent patogen (tuberculostatic, antifungice); acțiunea selectivă în infecții localizate (infecții urinare, intestinale etc.) — M. ANGELESCU.

Indicațiile terapeutice ale acestui grup de medicamente sînt constituite din: infecții cu germeni specifici (tratamentul implică alegerea antibioticului „șintit”, specific germenului), infecții bacteriene nespecifice, terapie profilactică pentru contactii cu subiecți prezentînd o boală infecțioasă transmisibilă. Reacțiile adverse ale antibioticelor se traduc clinic prin :

fenomene de intoleranță locală, toxicitate (ototoxicitate — oligozaharide, aminosaharide, polipeptide; nefrotoxicitate — neomicină, polimixină, kanamicină, gentamicină etc.; medulotoxicitate — cloramfenicol, sulfamide și hepatotoxicitate — acid paraaminosalicilic, izoniazidă, rifampicină; neurotoxicitate — nitrofurantoin, penicilină — poate determina compulsiile dacă este introdusă în lichidul cefalorahidian, efect teratogen), carențe vitaminice, fenomene de tip Herzheimer, șoc anafilactic, tulburări psihice — streptomicina poate determina modificări ale dispoziției în sensul depresiei sau euforiei, scăderea performanțelor intelectuale, dismnezie, disprosexii.

Cele mai importante manifestări psihice secundare terapiei apar în cazul utilizării tuberculostatice. Este bine cunoscută astfel euforia tuberculoșilor tratați cu izoniazidă, mai rar apărînd și manifestări catatonice sau depresive, uneori crize convulsive. Mecanismele prin care apar aceste tulburări psihice sînt încă discutate și sînt incriminate scăderea eliminării urinare a 17-cetosteroidilor, cu creșterea deci a cortizolemiei, toxicitatea amoniului eliberat de izoniazidă, efectul antivitamină B₆ etc. Streptomicina poate determina apariția encefalopatiei și cicloserina — agresivitate; etionamida — depresie anxioasă. În marea lor majoritate aceste tulburări dispar odată cu încetarea administrării drogului. Apariția lor este favorizată de asocierea alcoolismului. În afară de tuberculostatice și alte antibiotice au ca efecte secundare tulburări psihice: nitrofurantoinul și sulfamidele produc cefalee, vertij, astenie. Terapia antibiotică în psihiatrie este folosită (din ce în ce mai rar însă din cauza rarității cazurilor) în tratamentul curativ și profilactic al meningo-encefalitei cronice difuze,luetice, în delirurile infecțioase, care cedează spectaculos după un tratament antibiotic corect administrat.

847. ANTICIPARE (cf. lat. *anticipare* „a o lua înainte”) ● Termenul desemnează „orice acțiune sau imagine care se declanșează înaintea condițiilor ce o provoacă” (F. BARTLETT) sau orice „reacție care, în virtutea ritmului sau a condiționării, precede stimulul la care corespunde adaptarea” (H. PIERON). Anticiparea apare deci ca o componentă „antemergătoare” sau de devansare a stimulilor și situațiilor, stînd la baza oricărui proces adaptativ. Ca reacție de apărare, caracterizează întregul regn animal, observîndu-se chiar la nevertebratele inferioare de tipul celenteratelor (H. PIERON, 1907) și protozoarelor,

(METEINIKOV, 1916). Exemplul clasic din lumea animală este furnizat de comportamentul de căutare a hranei de către cobai într-un labirint. Îmboldurile prin care ființa umană își trăiește viitorul, prin care se proiectează în viitorul său existențial, schițându-și noile acțiuni și dându-le o orientare favorabilă lui, se deosebesc astfel de simpla previziune. În mod normal, anticiparea presupune atât elemente logice, cât și elemente nelogice legate de afectivitate. Ea este pozitivă și determină activarea subiectului atunci când, studiind situația dorită și datele concrete externe, întrevede posibilitatea rezolvării favorabile lui. Altfel, anticiparea este negativă și determină acțiuni de retragere. Maxima elaborare și specificitate este atinsă la nivel uman, ca demers al gândirii (anticipare operațională) și acțiuni voluntare. O. SELZ a fost primul care a pus în evidență importanța anticipării în înțelegerea și rezolvarea de probleme (ipoteze, plan rezolutiv etc.). Orice act voluntar, de la cel perceptiv-observațional, pînă la cel decizional-executiv (rezolvarea unei sarcini concrete sau atingerea unui scop), implică în diverse grade și în anumite puncte strategice procese anticipatorii cu rol de corecție sau ajustare. În structura tuturor conduitei umane există modele (scheme, planuri mintale) sau reprezentări mintale (imagini) ale situațiilor cărora le corespund respectivele comportamente. Experiența cotidiană ne oferă suficiente exemple referitoare la caracterul predominant anticipativ și proiectiv al gândirii care, pornind de la anumite elemente de bază, „construiește” în mod regulat scheme anticipatorii. Astfel, în lectura unui text, percepția vizuală a șirului de semne devansează codificarea și pronunțarea cuvintelor. Fiecărei structuri mintale îi corespunde un anumit tip de anticipare, ceea ce face ca aceasta să poarte, în cadrul psihopatologic, marca fiecărei boli în parte. Alterarea caracterului adaptativ al anticipării se manifestă în anumite situații de stress continuu, a nevrozelor și depresiilor de epuizare — anticiparea anxioasă — a eșecului, a unei nenorociri iminente sau a unei catastrofe, ultima accepțiune fiind mai apropiată de premoniție sau de previziunea morbidă și în destrucțiunile majore ale personalității, de natură endogenă, în „micul automatism mintal” descris de G. CLERAMBAULT în care găsim, în afara unor evocări de amintiri și a unor preocupări abstracte sterile, fapte de anticipare ale gândirii cu caracter arbitrar, logic.

848. ANTICIPARE^(R) reacție ● Caracteristică biologică cu rol adaptativ, constind în reacția (de orientare, de pregătire, de ajustare etc.) care se produce înainte de declanșarea stimulului, fie ca urmare a unui ritm regulat de stimulare, fie printr-o semnalizare specifică ce precede stimulul propriu-zis. Reacția de anticipare este mediată cognitiv printr-un lanț de acțiuni mintale cu caracter prospectiv, de scopuri conștiente și verigi efortorii, în direcția realizării celei mai eficiente acțiuni.

849. ANTICONFORMISM (fr. *anticonformisme* și cf. gr. *anti* ; lat. *conformare* „a modela, a forma”) ● Noțiune opusă celei de conformism și care desemnează un ansamblu de manifestări, reacții, atitudini (constituite sau nu într-un mod de existență) ce nu corespund normelor și regulilor grupului, caracterizându-se printr-o notă evidentă de opoziție față de aceste norme. Antinomia conformism-anticonformism intră în aceeași categorie cu opoziția vechi-nou. În general conformismul urmează tradiția. Anticonformismul sau non-conformismul poate fi normal sau patologic. Astfel, la copii, există reacții de negativism care nu depășesc limitele normalului ; pot fi de asemenea normale reacțiile de opoziționism ale adolescentului.

În psihopatologie, personalitățile accentuate și dizarmonice au frecvent reacții anticonformiste (în special personalitățile impulsive, paranoice și isterice) ; non-conformismul lor poate merge pînă acolo încît el implică un grad de pericol social. La personalitățile schizoide și la introvert, în genere, atitudinile non-conformiste pot fi de asemenea frecvente, dar ele nu au și un aspect antisocial periculos — la baza acestor atitudini stau evenimentul interior, ideile proprii, inovatoare, proiectele originale.

În artă (literatură, pictură etc.) non-conformismul caracterizează îndeosebi romanticismul și, în forme mai pregnante, așa-numitele curente avangardiste (suprerealism, expresionism, futurism, dadaism, cubism etc.).

850. ANTICONVULSIVANTE (cf. gr. *anti* și lat. *convulsio* „convulsie”) — sin. ANTICOMIȚIALE ; ANTIEPILEPTICE ● Produși farmaceutici a căror proprietate (principală sau secundară) este împiedicarea apariției acceselor convulsivante din epilepsie sau determinate de tumori intracraniene, intoxicații, perturbări vasculare. În cadrul grupei anticonvulsivante lor sint reunite, în mare, două categorii de produse : barbiturice și nebarbiturice.

- anticonvulsivante barbiturice :
FENOBARBITAL^(M), GARDENAL^(M), LE-PINAL^(M), LUMINAL^(M), SEVENAL^(M) și desigur toată seria barbiturică.
- anticonvulsivante nebarbiturice :
 - seria sedativă nehipnotică (acțiune anti-convulsivantă modestă) :
 - Bromisovalum^(D.C1) :
BROMOVAL^(M), ALBROMEN^(M),
ALUVAL^(M), ISOVAL^(M) ½
 - seria benzodiazepinelor ;
 - Diazepam^(D.C1) :
DIAZEPAM^(M), VALIUM^(M),
FAUSTAN^(M), RELANIUM^(M) ½
 - Clonazepam^(D.C1) :
CLONEX^(M), CLONAPIN^(M),
LANDSEN^(M), RIVOTRIL^(M) ½
 - seria carbamazepinelor :
 - Carbamazepin^(D.C1) :
BISTON^(M), FINLEPSIN^(M),
STAZEPIN^(M), TEGRETOL^(M) ½
- seria hidantoinelor :
 - Fenitoinum^(D.C1) :
FENITOIN^(M), DIHIDAN^(M),
DOPHENIN^(M), DIPHEDAN^(M) ½
- seria dionelor :
 - Primidonum^(D.C1) :
PRIMIDON^(M), MYSOLIN^(M),
MAJSOLIN^(M)
 - Trimetadionum^(D.C1) :
TREPAL^(M), TRIMEDAL^(M),
TRIDIONE^(M), EPIDIN^(M) ½
- seria suxiimidelor :
 - Norsuximid^(D.C1) :
MORFOLEP^(M) ½
 - Etosuximidum^(D.C1) :
SUXILEP^(M), ZARONTIN^(M).

Mai jos sint prezentate succint citeva anti-convulsivante utilizate curent, în scopul orientării rapide în alegerea produsului, în funcție de câțiva parametri :

Tabel nr. XVIII

	Eficiența în formele :				Reacții adverse	Contraindicații
	GM	Alte	PM	toxicitate		
FENITOIN	++	++	-	redușă	tulburări digestive, vertij, nistagmus, rar fenomene psihotice	crize PM
FENOBARBITAL	++	++	+	redușă	sedare, erupții alergice somnolență	diabet, insuficiență hepatică și renală
PRIMIDON	++	++	-	medie	somnolență, nistagmus, diplopie, rar fenomene psihotice	discrării sanguine
STAZEPIN	-	+	++	medie	discrării sanguine	hipertensiune oculară
TREPAL	numai asociat	++	++	mare	rar fenomene toxice, dermatită, LED, anemie aplastică	discrării sanguine
MORFOLEP	nulă	-	++	medie	ușoare tulburări dispeptice, somnolență	discrării sanguine
SUXILEP	nulă	nulă	++	foarte redușă	tulburări digestive, fenomene alergice, agitație	discrării sanguine

Cu excepția: STAZEPINULUI, MORFOLEPULUI și SUXILEPULUI (și a întregii grupe), care acționează numai în combaterea convulsiilor de origine epileptică, restul acționează în convulsii atât de origine epileptică cât și de altă natură.

În vederea obținerii succesului terapeutic scontat, nu trebuie omise citeva elemente :

- pentru formele grand mal și psihomotorii ar fi de dorit să opteze pentru: FENITOIN sau FENOBARBITAL, eficiente și cu o toxicitate redușă ½, numai dacă

nu se obține răspuns, se va apela la PRIMIDON ;

- FENITOINUL nu este numai lipsit de eficiență în petit mal, dar este și contraindicat ;
- pentru ambele forme petit mal și psihomotorii, singurul eficient pare a fi STAZEPINUL ;
- pentru formele petit mal ar fi de dorit să se aleagă în ordine între SUXILEP (toxicitate foarte redusă), MORFOLEP și STAZEPIN (toxicitate medie) și numai în absența rezultatelor acestora la TREPAL (toxicitate mare) ;
- asocierea TREPAL cu FENITOIN sau FENOBARBITAL pentru formele grand mal și mixte nu este foarte recomandabilă (evident, în afară de cazurile de mare necesitate), având în vedere creșterea toxicității ;
- dozajul — trebuie să existe asigurarea că a fost suficient de mare, înainte de a abandona sau schimba un produs cu altul.

851. ANTIDELIRANTE (cf. gr. *anti-* ; lat. *delirare-*) → NEUROLEPTICE INCISIVE.

852. ANTIDEPRESIVE (cf. gr. *anti-* ; lat. *depression* „coborire”) ● Grupe de substanțe cu structură chimică diferită, având ca proprietate biochimică comună acțiunea în metabolismul aminelor cerebrale : noradrenalină, 5-hidroxitriptamină, dopamină (neurotransmițători), fie prin inhibiția recaptării acestora la nivelul terminațiilor postsinaptice, fie prin acțiunea asupra MAO. Au ca rezultat creșterea cantității de neurotransmițători în fanta sinaptică și, din punct de vedere chimic, efect timoleptic și timoanaleptic, constituind astfel tratamentul de elecție în patologia afectivă, prima terapie psihotropă care se adresează mecanismului patogen.

În 1957 M. KLINE (S.U.A.) și R. KUHN (Eișveția) publică rezultatele cercetărilor lor privind acțiunea asupra subiecților depresivi a două substanțe diferite ca structură chimică, devenite ulterior cap de serie a celor două mari clase de antidepresive : IMAO și triciclicele (iproniazida, comercializată ulterior sub numele de MARSILID și IMIPRAMINA/G22355/, viitorul TOFRANIL). Aceste descoperiri, realizate la numai cinci ani de la introducerea neurolepticelor în terapeutică, au lărgit neabătut de mult arsenalul terapeutic psihiatric, contribuind totodată și la încercarea de elucidare a substratului biochimic al psihozelor afective. În anii 60 se individualizează a doua generație de antidepresive — antidepresivele

sedative : AMITRIPTILINA (1960), LAROXYL, ELAVIL ; TRIMIPRAMINA, 1962 (SURMONTIL) ; iar în anii '70 sint introduse în terapia depresiiilor substanțe care, deși active asupra simptomelor țintă, prezintă efecte secundare minore, contraindicațiile terapiei cu antidepresive devenind din ce în ce mai restrânse.

Deși nu foarte concludent, după majoritatea autorilor, criteriul relației dintre structura chimică și mecanismul de acțiune rămâne pînă în prezent suportul tuturor încercărilor de clasificare. Din punct de vedere al structurii chimice — clasificare devenită deja clasică — antidepresivele se impart în :

● Antidepresive ciclice :

● triciclice :

- derivați de iminodibenzen :
Imipramina^(D CI) : ANTIDEPIN^(M),
TOFRANIL^(M)
Clomipramina^(D CI) : ANAFRANIL^(M)
Trimipramina : HERPHONAL^(M),
SURMONTIL^(M) ;
 - derivați ai iminostilbenului :
Opipramol^(D CI) : INSIDON^(M)
Carbamazepina^(D CI) : TEGRETOL^(M) ;
 - derivați ai dibenzocicloheptadienului :
Amitriptilina^(D CI) : AMITRIPTILIN^(M),
TEPERIN^(M)
Nortriptilina^(D CI) : NORTRIPTILINA^(M),
AVENTYL^(M) ;
 - derivați ai dibenzocicloheptatrienului ?
Protriptilina^(D CI) : TRIPTIL^(M), VI-VACTIL^(M) ;
 - derivați antracercici :
Melitracen^(D CI) : TRAUSABUN^(M) ;
 - derivați dibenzodiazepinici :
Dibenzepina^(D CI) : NOVERIL^(M) ;
 - derivați dibenzotiazepinici :
Dosulepin^(D CI) : PROTHIADEN^(M),
Doxepina^(D CI) : SINEQUAN^(M) ;
- atipice (bi- sau triciclice) :
- Maprotilina*^(D CI) : LUDIOMIL^(M),
 - Mianserina*^(D CI) : LERIVON^(M) ;

● Antidepresive IMAO :

- derivați hidrazinici ;
- derivați hidrazidici ;
- alte substanțe.

În 1980 LAMBERT propune o clasificare clinică a antidepresivelor, ierarhizindu-le în funcție de efectul lor stimulent și sedativ, obținind o scală asemănătoare celei a neurolepticelor :

- *majore* — cu efect asupra depresiei de intensitate psihotică :

Desipramina^(D CI) : PERTOFRAN^(M),
Clomipramina^(D CI) : ANAFRANIL^(M)

Imipramina^(DCI) : ANTIDEPRI^(M),
TOFRANIL^(M)
Nortriptilina^(DCI) : NORTRILEN^(M),
AVENTYL^(M)
Amitriptilina^(DCI) : TEPERIN^(M),
LAROXYL^(M)
Trimepramina^(DCI) : SURMONTIL^(M),
HERPHONAL^(M),
Doxepina^(DCI) : SINEQUAN^(M)

- minore — care sînt capabile de a determina remisia depresiei de intensitate nevrotică :

Dosulepina^(DCI) : PROTIADEN^(M)
Maprotilina^(DCI) : LUDIOMIL^(M)
Mianserina^(DCI) : LERIVON^(M)
Dibenzepina^(DCI) : NOVERIL^(M)
Protriptilina^(DCI) : CONCORDINE^(M)

ZARIFIAN și COUCHE au stabilit o scală în care antidepressivele sînt situate în ordinea descrescîndă a intensității efectului lor psihoton :

Psihoton

↓ IMAO

Clomipramina — ANAFRANIL^(M)
Imipramina — ANTIDEPRI^(M)
Protriptilina — TRIPTIL^(M), VIVACTIL^(M)
Nortriptilina — AVENTYL^(M)
Doxepina — SINEQUAN^(M) ? Dibenzepina — NOVERYL^(M)
Mianserina — ATHYMIL^(M), LERIVON^(M)
Maprotilina — LUDIOMIL^(M); Amitriptilina — TEPERIN^(M)
Trimepramina — SURMONTIL^(M), HERPHONAL^(M), SAPILENT^(M)
→ Sedativ.

Antidepressivele IMAO își datorează denumirea proprietății de blocare a monoaminoxidazei (MAO), enzima responsabilă de degradarea monoaminelor, din această blocare rezultînd o acumulare de neuro-mediatori în fanta sinaptică. Ca efecte psihotrope, IMAO reprezintă un stimulent major, motiv pentru care au mai fost denumite și timoeretice, cu acțiune în depresiile inhibitate cu evoluție trenantă, rezistente la alte psihotrope sau la terapia electroconvulsivantă și utilizarea lor este totuși restrînsă, din cauza unor inconveniente majore (imposibilitatea de administrare concomitentă IMAO — triciclice, interdicția de anestezie generală la subiecții sub tratament IMAO, precauție în alimentație cu excluderea alimentelor care conțin tiramină etc.).

În ultimul timp a crescut din nou interesul pentru IMAO, sintetizîndu-se IMAO selective : IMAO (a) și IMAO (b), avînd în vedere cele două (sau multiple) forme de monoaminoxidază ; MAO (a) — intraneuronală, cu acțiune predominantă asupra 5-hidroxitriptamini și noradrenalinei, sensibilă la CLORGYLINE și la alcaloizi naturali (hormolina și hormina) care o inhibă reversibil ; și MAO (b) — extraneuronală, care acționează predominant asupra feniletilamini și benzilamini și care este inhibată preferențial de DEPRENYL. În prezent produsele MAO selective nu mai prezintă „cheese-effect” („efectul brînză”) și nu mai necesită urmarea unor regimuri alimentare speciale.

IMAO are două tipuri de efecte farmacologice :

- legate de efectul inhibitor IMAO ?
 - efecte antidepressive ?
 - efecte antihipertensive ?
 - efecte anticonvulsivante.
- nelegate de efectul IMAO :
 - acțiune stimulantă de tip amfetaminic ?
 - acțiune ganglioplegică ?
 - acțiune anestezică locală ?
 - acțiune antitrombotică.

În privința interacțiunii cu alte medicamente, efectul este de potențare (intensitate și gravitate nedorită) a antidepressivelor triciclice, a stimulanelor sistemului nervos central (cafeina, metilfenidatul), a depresoarelor sistemului nervos central (neuroleptice, barbiturice, analgezice), a medicației antihipertensive.

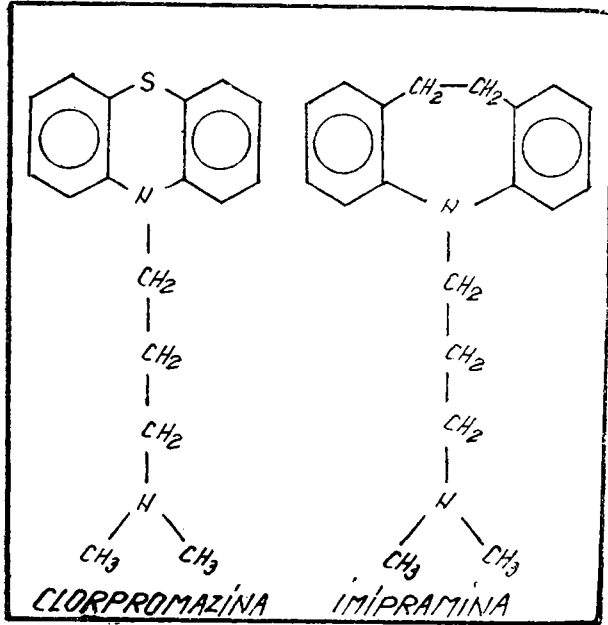
Antidepressivele triciclice reprezintă un grup de substanțe chimice apropiate ca structură de fenotiazine :

Se împart, după structura chimică, în ?

- derivați de iminodibenzen ? imipramina, clorimipramina, trimipramina ?
- derivați de iminostilben ? opipramol, carbamazepină ?
- derivați ai dibenzocicloheptadienului ? amitriptilina, nortriptilina ?
- derivați ai dibenzocicloheptatrienului ? protriptilina ?
- derivați antracenicici : melitracen ?
- derivați dibenzotiazepinici ? dosulepin, doxepine.

Farmacocinetică. Absorbția în tractul intestinal este rapidă pentru imipramină, desipramină, protriptilina și doxepin și mai lentă pentru amitriptilina și nortriptilina ? odată absorbite, sînt rapid distribuite, cele mai mari concentrații găsindu-se în ficat, plămîni și creier. La nivelul creierului, cele mai mari concentrații au fost găsite la nivelul ganglionilor bazali, iar cele mai reduse în creierul. Metaboli-

zarea are loc în ficat prin oxidare, dismetilare și glicuronoconjugare, excreția făcându-se sub formă de compuși glicuronici în cea mai mare parte, un mic procent constituindu-l substanța nemetabolizată.



Concentrația plasmatică a triciclicelor (fără legătură directă concentrație plasmatică/efect terapeutic, după majoritatea autorilor) se întinde pe un registru larg, în funcție de: substanță, în organism, doză administrată (unică sau continuă):

- imipramina: 75—100 mg/zi — 10—300 ng/ml
- amitriptilina: 75—100 mg/zi — 20—250 ng/ml
- nortriptilină: 75—100 mg/zi — 50—300 ng/ml.

Efecte farmacologice

- antagonizează efectele rezerpinei
- antagonizează catalepsia produsă de neuroleptice
- antagonizează efectele produse de substanțele parasimpatomimetice
- potențează efectele amfetaminelor (comportamente stereotipe, creșterea motilității)

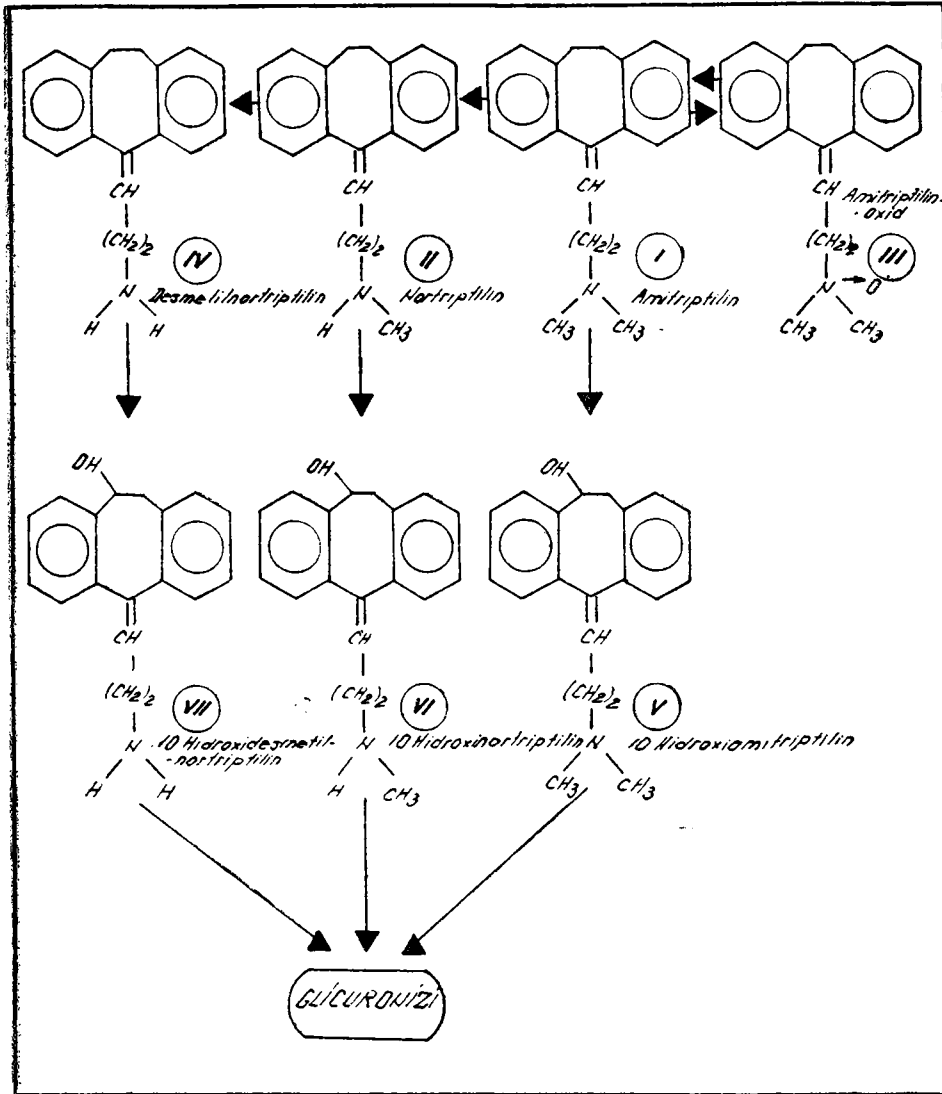
- blochează receptorii colinergici de unele efecte atropinice
- acționează asupra receptorilor histaminici, din această acțiune rezultând efectul sedativ al unor antidepresive.

Mecanism biochimic de acțiune. Încă din 1965 a fost constatată blocarea de către imipramină a recaptării monoaminelor cerebrale în terminațiile presinaptice, acțiune imediată și selectivă, în funcție de formula chimică a antidepresivelor, asupra recaptării 5-hidroxitriptaminei sau noradrenalinei, această noțiune de bază dă naștere primelor teorii biochimice ale depresiilor. Având în vedere că între această acțiune, care este imediată și apariția efectelor terapeutice există o perioadă de latență de 10—14 zile, relația directă dintre blocarea recaptării transmițătorilor și efectele clinice a fost pusă la îndoială. Prin marcarea radioactivă a neurotransmițătorilor s-a putut studia acțiunea lor asupra receptorilor membranari, stabilindu-se lista diversilor receptori existenți la nivelul neuronilor monoaminergici.

În paralel cu aceasta s-a trecut la studiul efectelor repetate (diferite de efectele dozelor mici) asupra animalelor de experiment, constatându-se că, indiferent de formula chimică, antidepresivele determină o diminuare a numărului de receptori postsinaptici (atât serotoninergici cât și noradrenergici); acest efect a fost denumit fenomenul de desensibilizare a receptorilor postsinaptici. Fenomenul a fost constat și după terapia electroconvulsivantă, el fiind considerat responsabil de efectele terapeutice antidepresive.

Cercetări recente asupra IMAO au demonstrat că majoritatea triciclicelor sint inhibitori reversibili de MAO (b), ștergându-se astfel granița dintre cele două mari familii de antidepresive.

Caracteristici clinice. După aproape trei decenii de la descoperirea primelor antidepresive, obiectivele cercetării rămân aceleași: eficacitate crescută, rapiditate de acțiune, diminuarea efectelor secundare nedorite. Progresul cel mai net s-a obținut în privința dimi-



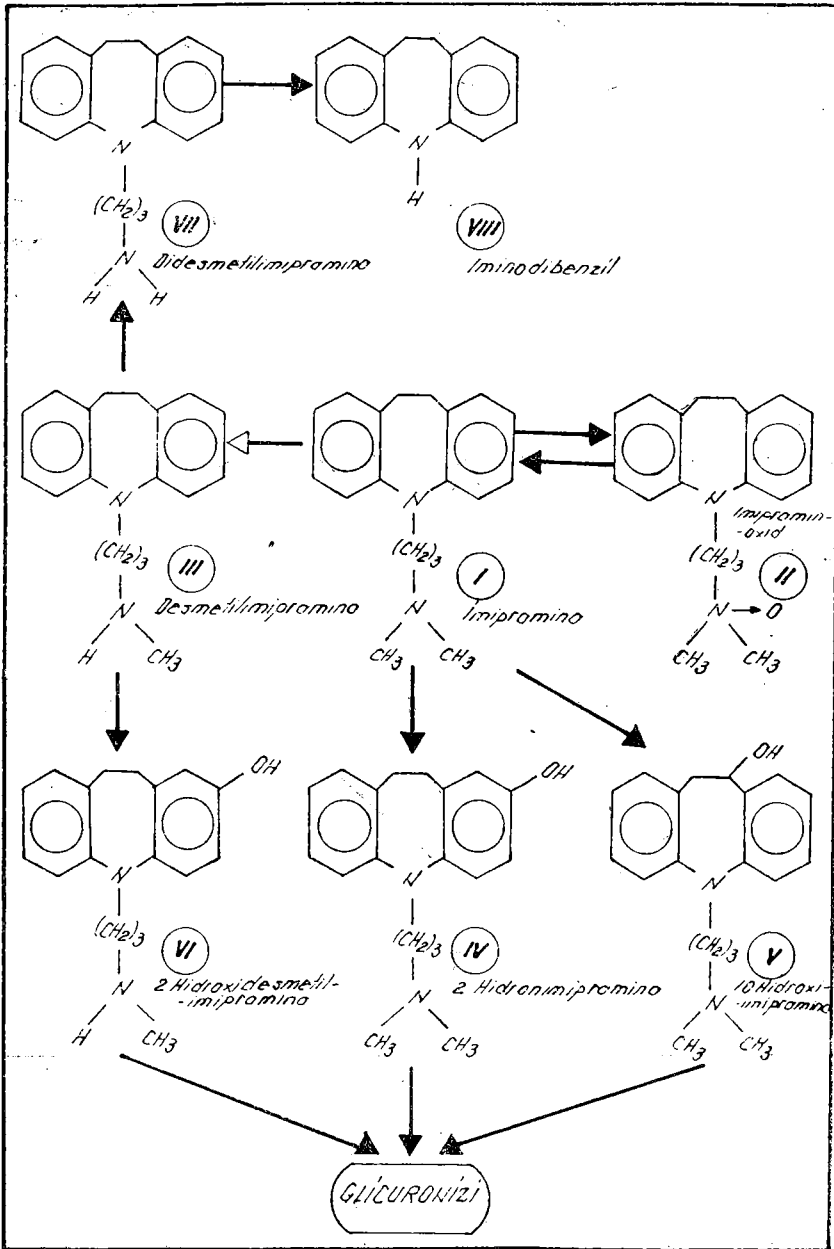
Metabolismul Amitriptilinei.

nuării efectelor secundare, antidepresivele din noua generație avînd contraindicații foarte mult restrînse.

Efectele terapeutice :

● Acțiune asupra inhibiției psihomotorii și asupra dispoziției depresive: acțiunea asupra inhibiției este atît directă (cu cit produsul este mai „stimulant”, cu atît acțiunea este mai netă) cit și indirectă, prin modificarea

dispoziției și trăirilor depresive, cu riscul ca dezinhibiția motorie apărută înainte ameliorării trăirii depresive să ducă la actul suicidal și acțiunea asupra dispoziției depresive se înregistrează într-un interval de 1—2 săptămîni și dacă la sfîrșitul acestui interval nu se obține „virajul afectiv” spre o timie pozitivă, este necesară schimbarea antidepressivului sau se va încerca o asociere. Uneori,



Metabolismul Imipraminei

În cadrul formelor bipolare, virajul afectiv poate constitui trecerea la starea maniacală,

● Antidepressivele sedative: amitriptilina, trimipramina, maprotilina sînt utilizate în cazurile în care componenta anxioasă este majoră, deși efectul sedativ întîrzie de multe ori efectul dezinhibitor.

● Tulburările funcțiilor vitale (apetit, libidou, somn) sînt corectate de tratamentul antidepressiv, normalizarea somnului constituind de cele mai multe ori un semn precoce al eficacității terapeutice a produsului ales.

● Numeroși autori au încercat clasificarea antidepressivelor după efectul lor terapeutic. KIELHOLZ a luat în considerare trei parametri: efect dezinhibitor, modificarea dispoziției, efect anxiolitic. Mai recent, LCO și CUCHE (1980) au elaborat o scală de referință bidimensională:

↑ Psihoton
 IMAO
 Nomifensina, Amineptina
 Metapramina, Desipramina
 Viloxazina
 Elamipramina
 Imipramina
 Protriptilina
 Nortriptilina
 Doxepina, Dibenzepina
 Maprotilina, Amitriptilina
 Trimipramina
 → Sedativ.

Efecte secundare

● Somnolență — fenomen care apare la ingestia oricărui antidepressiv și care corespunde perioadei de vîrf a resorbției, persistența lui făcînd necesară reconsiderarea dozelor sau schimbarea produsului.

● Acțiune anticolinergică, manifestată prin:

- tulburări digestive (uscăciunea gurii, constipație);
- tulburări ale micțiunii (disurie, retenție de urină);
- tulburări de vedere — dificultăți de acomodare.

● Tulburări de conducere miocardică: reversibile cu reducerea dozelor sau schimbarea produsului, ele sînt de temut în cazul tentativelor de suicid prin ingestie de antidepressive, motiv pentru care la începutul tratamentului este bine să nu se prescrie o cantitate mare de medicamente care să poată fi folosite în acest scop.

Conducerea tratamentului antidepressiv :

● Alegerea locului: ambulator, de cele mai multe ori; mediul spitalicesc, pentru depresiile de intensitate psihotică.

● Indicații — îndeosebi căile depresive endogene, dar și cele reactive sau nevrotice, precum și în sindromul depresiv, epifenomen în cadrul unei patologii organice sau somatice, în care tratamentul antidepressiv se asociază tratamentul afecțiunii de fond.

● Contraindicații: este necesar un examen somatic minuțios și riguros care să permită depistarea eventualelor afecțiuni: oculare (glaucom); urologice — boli cu disectazie de col vezical (tulburări micționale ce merg de la simpla disurie pînă la retenție acută de urină); cardio-vasculare — tulburări majore de ritm cardiac, infarctul miocardic recent, insuficiența cardiacă; comitalitatea — în cazul căreia administrarea de antidepressiv trebuie să meargă în paralel cu o mărire a dozei de anticonvulsivante. Afecțiunile organice, în special cele vasculare, în cadrul cărora după administrarea de antidepressiv apar stări confuzionale, acestea din urmă constituie uneori contraindicații relative ale tratamentului antidepressiv.

Avînd în vedere gama actuală largă de antidepressive, psihiatrul poate face o alegere judicioasă a produsului de folosit, în funcție de particularitățile și de modul individual de reacție a subiectului căruia i se aplică terapia antidepressivă.

● Alegerea produsului, a căii de administrare, a posologiei. Alegerea produsului în lipsa unor criterii obiective — mecanism biochimic depresiv/mecanism biochimic antidepressiv — se face însă după criterii empirice — tabloul psihopatologic dominat de depresie și/sau anxietate.

Calea de administrare se alege în funcție de intensitatea sindromului depresiv, administrarea parenterală reprezentînd calea de elecție a tratamentului de atac în stările depresive grave (perfuzii intravenoase sau administrare intramusculară), în timp ce administrarea per orală se aplică în depresiile de intensitate mică sau medie.

Pentru aprecierea intensității bolilor afective, în funcție de care se poate alege calea de administrare a antidepressivelor, se poate avea în vedere următorul ghid (parțial), sintetizat după N. MANDEL și G. KLERMAN:

Tabel nr. XIX

Criteria	Severă	Moderată	Ușoară
vîrstă	>40	>40	15—40
sex	♀ ≫ ♂	♀ ≫ ♂	♀ ≫ ♂
tulburări de somn	insomnii de adormire	insomnii de adormire sau hipersomnie	dificultăți de adormire
apetit	inapetență severă (negativism)	inapetență	apetit crescut
libido	absent	scăzut	scăzut sau crescut
greutate	scădere accentuată	scădere	scădere sau creștere
autodeprecieri	idei delirante	prevalente	sentiment de neajutorare
prezentare	stupor	facies depresiv	mobilitate facială
activitate	incapacitate	dificultăți de concentrare	eficacitate scăzută
lentoare psihomotorie	anergie sau agitație	de obicei lentoare	anxietate, neliniște
simptome somatice	delir de negație	acuze multiple	acuze multiple
alcoolism	—	—	+
simptome sindrom SNV (gură uscată, palpitații, transpirații)	++++	++	+/variabil
culpabilitate	delir de vinovăție	ruminații asupra păcatelor trecutului	sentiment de autodeprecieri, inutilitate

Posologia variază foarte mult de la un subiect la altul, depinzînd de intensitatea clinică a sindromului depresiv, de durata de la debut pînă la începerea tratamentului (stările depresive cu durată mai lungă necesitînd doze mai crescute), de teren (tratamente anterioare, vîrstă, sex, greutate, starea hepatică și renală a subiectului) și de modul în care subiectul suportă tratamentul, raportat la efectele secundare. De obicei tratamentul se aplică în doze crescînde, în așa fel încît în cîteva zile (5—7) să se atingă doza de platou, cu doze fracționate, cu precauția ca după orele 16—17 să nu se mai administreze antidepressive cu efect stimulant și mai recent, pentru antidepressivele sedative este din ce în ce mai folosită doza unică vespérală. Intervalul de trei săptămîni este minim pentru aprecierea eficacității terapeutice, deși sînt forme clinice de depresii cu evoluție trenantă (mai ales cele apărute la vîrste înaintate), cînd efectele terapeutice apar după luni de tratament. În cazul în care se constată lipsa apariției de efecte benefice, după o „fereastră” terapeutică de 2—3 zile se poate trece la alt produs. În situația obținerii

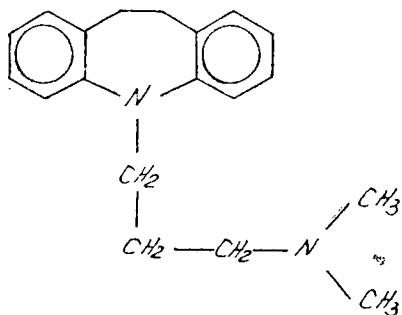
efectelor favorabile, doza utilă se menține pînă la dispariția simptomatologiei, iar după aceea, se va institui un tratament de întreținere timp de 2—8 luni (în funcție de natura procesului) pentru prevenirea recăderilor și după încetarea tratamentului este necesară o perioadă de supraveghere a calității remisunii.

Asocieri medicamentoase. În marea majoritate a cazurilor antidepressivele se asociază cu medicația anxiolitică, hipnotică, neuroleptică, psihostimulantă și cu cea de corectare a efectelor secundare.

Se poate spune că descoperirea și aplicarea în clinică a antidepressivelor reprezintă nu numai un progres excepțional în terapia psihotropă, ci și o etapă deosebit de importantă pe drumul cunoașterii mecanismului biochimic intim de producere a bolilor psihice.

853. ANTIDEPRESIN^(M) România — DCI *Imipramină* • Antidepressiv timoleptic (triciclic), derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetil-amino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepine, cu spectru larg de acțiune, a cărui indicație majoră o constituie depresia endogenă

inhibată. Este indicat și în alte forme de depresie: din cursul involuției, în reacții și neuroze depresive, obsesive și fobice (chiar în absența componentei depresive), în schizofrenie, unde se recomandă asocierea sa cu neu-



roleptice. Prezintă următoarele contraindicații: psihoze delirante, epilepsie, insuficiență cardiacă, renală, adenom de prostată, glaucom, sarcină, copii sub 5 ani. Se pot întâlni următoarele reacții adverse: uscăciunea mucoasei bucale, constipație, vertij, somnolență sau insomnie, reacții alergice, hipotensiune — iar în doze mari, fenomene de tip extrapiramidal. Chiar în cazul apariției acestor reacții adverse, nu se pune problema intreruperii tratamentului cu ANTIDEPRIN, ci se impune numai corijarea acestor situații → ANTIDEPRESIVE. Dozele și durata tratamentului sînt diferite în funcție de natura afecțiunii și de vîrstă. Produși farmaceutici similari utilizați în practica curentă sînt următorii:

- cel mai cunoscut este:

TOFRANIL^(M) Anglia, Argentina, Australia, Austria, Belgia, Brazilia, Canada, Chile, Columbia, Danemarca, Ecuador, Filipine, Finlanda, Franța, Grecia, Indonezia, Iran, Italia, Japonia, Kenia, Liban, Mexic, Noua Zeelandă, Olanda, Pakistan, Peru, Portugalia, R.F.G., Spania, Suedia, Tailanda, Turcia, Uruguay, S.U.A., Venezuela, Zair.

- se mai întîlnesc și sub numele:

ANTIPRESS^(M) S.U.A.
BERKOMINE^(M) Anglia

CENSTIM^(M) S.U.A.
CHEMIPRAMINE^(M) Canada
CHIMOREPTIN^(M) Japonia
CHRYTEMIN^(M) Japonia
CO-CAPS^(M) Anglia
DEPRAMINE^(M) Grecia
DEPRENIL^(M) Polonia
DEPRESS^(M) Japonia
DEPRINOL^(M) Danemarca
DIMIPRESSIN^(M) Anglia
DYNAPRIN^(M) Italia
EFURANOL^(M) S.U.A.
EUPRAMIN^(M) Iugoslavia
FEINALMIN^(M) Japonia
IA-PRAM^(M) Anglia
IMAVATE^(M) S.U.A.
IMIDOL^(M) Japonia
IMILANYLE^(M) Japonia
IMIPRAMIN^(M) Suedia
IMIPRAMINE^(M) Brazilia
IMIPRAN^(M) Japonia
IMIPRANIL^(M) Finlanda
IMIPRIN^(M) Australia
IMIZINUM^(M) U.R.S.S.
IMPRANIL^(M) Canada
IMPRIL^(M) Noua Zeelandă
INTALPRAM^(M) Anglia
IPROGEN^(M) Anglia
IRAMIL^(M) Australia
JANIMINE^(M) S.U.A.
MELIPRAMIN^(M) R.D.G.
MELIPRAMIN(E)^(M) Ungaria
MELIPRAMINE^(M) Australia
MERIPRAMIN^(M) Japonia
NORPRAMINE^(M) Anglia
NOVOPRAMINE^(M) Canada
ODEOXIL^(M) Grecia
OPPANYL^(M) Anglia
PRAMINIL^(M) Anglia
PRESAMINE^(M) S.U.A.
PRIMONIL^(M) Israel
PRODEPRESS^(M) Australia
PRYLEUGAN^(M) R.D.G.
PSICOPRAMINE^(M) Grecia
PSYCHOFORIN^(M) Bulgaria
ROPRAMINE^(M) S.U.A.
SEDACOROXEN^(M) Grecia
SK-PRAMINE^(M) S.U.A.
SOMIPRA^(M) Australia
SURPLIX^(M) Italia
TALPRAMIN^(M) Mexic
THYMOPRAMIN^(M) Grecia
VENEFON^(M) Grecia
W.D.D.^(M) S.U.A.

854. ANTIDOT (cf. gr. *antí-*; *dōton* „medicament dat contra, ca remediu“) ● Substanță

folosită în scopul de a neutraliza o otrăvă pătrunsă în organism. Antidotul poate fi chimic sau fiziologic :

- antidot chimic — mecanismul de acțiune constă în precipitarea otrăvii sau transformarea lui într-un produs netoxic în urma reacției dintre antidot și otrăvă (DMP — agent chelator în intoxicațiile cu mercur, arseniu, plumb) §
- antidot fiziologic — acționează prin combaterea efectelor toxice (de exemplu stricnina folosită în intoxicațiile cu alcool sau barbiturice, pilocarpina folosită pentru combaterea efectelor toxice ale atropinei).

(Prin extensie termenul capătă conotații psihologice — „munca, antidot împotriva plictiseli”).

855. ANTIEGALITARISM ● Curent ideologic aparținând mișcării de idei cunoscute sub numele de „noua dreaptă”, care, interpretând într-un mod unilateral cercetările științifice de ultimă oră (mai ales cele de genetică, micro-sociologie, etologie etc.), neagă posibilitatea egalității sociale a oamenilor pe considerente biologice. Teoreticienii acestui curent (A. de BENOIST, Y. BLOT, L. PAWELS) speculează mai ales neclaritățile teoriei genetice a inteligenței, exacerbind importanța rolului elitelor, a diferențelor dintre coeficientul de inteligență, și considerind că „aptitudinile oamenilor depind predominant de ereditate și nu de mediu” (L. PAWELS). Teoria este criticabilă sub toate aspectele § S. CHELCEA afirma că „tezele

false nu pot fi sprijinite decit cu argumente false”, antiegalitarismul zbatându-se pe terenul vid al lipsei de fapte. Distinsul genetician american T. DOBZHANSKY atrage atenția că „egal” nu înseamnă în biologie „identic” și că în nici un caz „diversitatea genetică” nu justifică inegalitatea socială.

856. ANTIEMETICE (cf. gr. *anti-*; *emetikos* „care produce vomă”) ● Cuprinde grupul medicamentelor care, prin acțiune directă sau prin efectele lor secundare, se opun declanșării reflexului de vomă sau sistează voma. Utilizarea acestor medicamente trebuie făcută însă cu atenție, deoarece reflexul vomei este unul din reflexele de apărare. Indicațiile profilactice sau curative sînt: emeza gravidică, vărsăturile postoperatorii § voma din boala de iradiație § vărsăturile toxice: uremice, medicamentoase (în cursul tratamentului oncologic cu azotiperită) § voma din labirintita acută sau cronică, vertijul din sindromul Ménière. După mecanismul de acțiune, antiemeticele pot fi clasificate în :

- centrale — avînd două mecanisme de acțiune: deprimarea formațiunilor bulbare care intervin în actul vomei, zona chemoreceptoare și centrul vomei § deprimarea centrilor vestibulari care intervin și în răul de mișcare, sindromul Ménière §
- periferice — acțiune prin blocarea reflexelor cu punct de plecare în mucoasa gastro-intestinală.

Cele mai folosite antiemetice sînt :

Tabel nr. XX

	Mecanism de acțiune	Reacții adverse
CLORDELAZIN ^(M) EMETIRAL ^(M) TORECAN ^(M) REGLAN ^(M) ROMERGAN ^(M) SCOPOLAMINĂ ^(M)	acțiune centrală : zona chemoreceptoare centrul vomei centrii vestibulari centrul vomei centrii vestibulari centrii vestibulari acțiune periferică :	somnolență hipotensiune agranulocitoză — somnolență deprimare centrală
CARMINATIVE BIOXID DE CARBON	mucoasa gastro-intestinală	—

857. ANTIEPILEPTICE (cf. gr. *anti-*; *-epilepsia*) → ANTICONVULSIVANTE.

858. ANTI-FAR^(I) iluzie ● Tip de iluzie fiziologică optico-geometrică, semnalată de

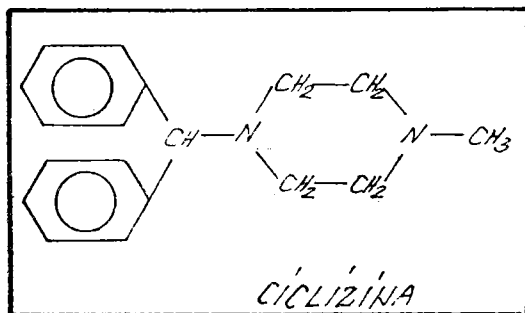
G. SAGNAC (1896), constînd în impresia pe care o are subiectul (în anumite condiții de ambianță meteorologică) că fasciculul luminos al unui far, îndepărtat provine de la un punct

simetric lui, din partea opusă (de la un așa-numit anti-far).

859. ANTIFETIȘISM (gr. *anti* ; - fr. *fetichisme*)

● Aversiunea pe care o resimt unii subiecți față de anumite caracteristici fizice, vestimentare etc. ale sexului opus. Poate avea la bază o homosexualitate latentă. Rolul ei ar fi acela de apărare împotriva recunoașterii conștiente a acestei tendințe. Subiectul descoperă la fiecare persoană de sex opus cite un amănunt, un detaliu vestimentar sau fizic care îl îndepărtează de acesta. În aparență el caută, dar nu poate găsi, partenerul heterosexual convenabil ; în realitate, dar inconștient, este atras de persoane de același sex cu el.

860. ANTIHISTAMINICE — sin. ANTAGONIȘTI DE HISTAMINĂ ● Efectele nefavorabile ale histaminei asupra unor țesuturi și organe pot fi interferate de unele substanțe în următoarele moduri : inhibarea sintezei de histamină ; împiedicarea eliberării histaminei din depozite ; blocarea receptorilor histaminici prin antagoniști specifici. În primele două cazuri, deși soluția pare logică, ea nu este aplicabilă, intrucit histamina are atât rol de mediator, cât și de creștere și reparare a țesuturilor.

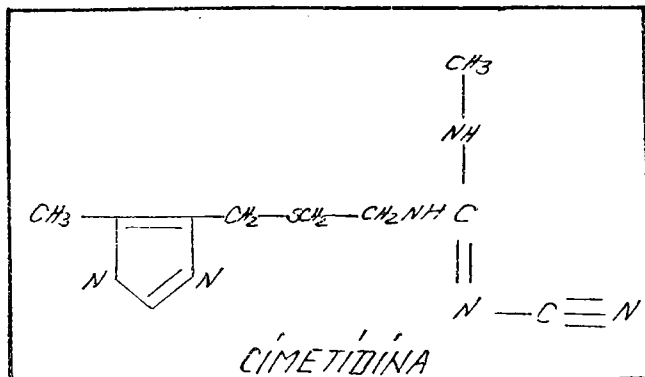


Nu același lucru se poate spune despre blocarea receptorilor histaminici și aceștia par a fi de două tipuri : cei care mediază efectele histaminei influențate de antihistaminele clasice au fost denumiți receptori H_1 , iar cei răspunzători de efectele neinfluențate de acești

agenți au fost numiți receptori H_2 . Plecând de la confirmarea prezenței acestor receptori au fost descoperiți și clasificați antagoniști competitivi specifici ai efectelor histaminice mediate de receptorii H_1 și H_2 : dintre antagoniștii H_1 face parte mepipramina, iar dintre antagoniștii H_2 — burinamida, metiamida, cimetidina, tiotidina, ranitidina, exmetidina. Acțiunea acestor categorii de antagoniști este deci diferențiată în funcție de receptorii la care se referă. Stimularea receptorilor H_2 produce creșterea nivelului adenosin-monofosfatului ciclic, în țesuturile bogate în acest tip de receptori (mușchiul cardiac, mucoasa gastrică, țesutul cerebral), efect blocat de antagoniștii H_2 . Ca mecanism de acțiune, majoritatea antagoniștilor histaminici sînt H_1 , care acționează reversibil asupra acestor receptori, fără să blocheze însă eliberarea histaminei. Utilizarea clinică a blocanților de H_1 -receptori este foarte largă în tratamentul simptomatic al rinitei alergice, în unele forme de urticarie și în tratamentul răului de mișcare. Difenhidramina, dimenhidrinatul, ciclodina ; meclizina — sînt drogurile frecvent utilizate în aceste afecțiuni. Difenhidrina se mai administrează cu o eficacitate parțială cel puțin în boala Parkinson. Se pare că efectele realizate în răul de mișcare și boala Parkinson se datoresc mai mult acțiunii lor anticolinergice

și mai puțin celei antihistaminice. H_1 -antihistaminicele au și proprietăți sedative, motiv pentru care unele sînt utilizate în inducerea somnului. Cele mai indicate în acest scop sînt : difenhidramina, prometazina, pirilamina. În ceea ce privește restul H_1 -antihistaminicelor, ele produc — după administrare în afecțiuni alergice — somnolență, apreciată ca efect secundar nedorit. Efectul sedativ se cumulează celui produs de alte droguri precum și efectelor inhibante ale alcoolului. În plus, față de efectul depresor nervos, H_1 -antihistaminicele exercită efecte anticolinergice anestezice locale și efecte antiserotoninice. De remarcat sensibilitatea locală cutanată produsă de aceste substanțe.

Antagoniștii H_2 -receptori (metamid, burinamid, cimetidina) intră în competiție cu his-



tamina pentru receptorii H_2 . Acțiunea esențială, cu utilizare clinică, este aceea de reducere a secreției gastrice acide. Cimetidina este relativ netoxică și are eficacitate mai bună decât celelalte droguri. Efectele secundare sînt

minore. La doze mari pot apărea însă halucinații, stări confuzionale.

Utilizarea antihistaminicelor în obținerea sedării, combaterii răului de mișcare și pentru efectele antiemetice, poate fi sintetizată astfel :

Tabel nr. XXI

DCI	Produsul ^(M)	Efecte sedative	Rău de mișcare antiemetice
Prometazină	FENERGAN	+++	+++
Difenidramina	BENADRYL	+++	++
Dimenhidrinat	DRAMAMINA	+++	++
Tripelenamina	PYRIBENZAMINE	++	+
Pirilamina	ANTERGAN	++	+
Clorfeniramin	CHLOR-TRIMETON	++	+
Bromfeniramin	DIMETAN	++	+
Ciproheptadrin	PERIACTIN	++	+
Ciclizina	MAREZIN	+	++
Meclizin	BONINE	+	++

861. ANTIINTELLECTUALISM • Atitudine critică față de concepțiile care acordă intelectualului o poziție privilegiată în ansamblul vieții sufletești. Antiintellectualismul respinge încrederea nemăsurată în capacitatea gândirii discursive de a epuiza cu mijloacele ei specifice întreaga diversitate a determinațiilor existenței ca obiect al cunoașterii, reproșând concepțiilor intelectualiste devalorizarea neîntemeiată a formelor de activitate spirituală ce se deosebesc de judecată și raționament, ceea ce unilateralizează disponibilități cognitive ale subiectului, sărăcind și lipsind de adîncime spectacolul lumii revelat în actul de cunoaș-

tere. Ascensiunea agresivă a pozitivismului a stîrnit în secolele XIX și XX o reacție din partea filozofiei spiritualiste, manifestată ca antiintellectualism radical, ce își propune discreditarea totală a gândirii discursive, mergînd pînă la incriminarea intelectului ca sursă de false cunoștințe și ca instanță mistificatoare. Urmărind să elimine excesele raționalismului scientist, care hipertofiază productivitatea algoritmică a formalismelor logico-matematice; diferitele variante ale antiintellectualismului contemporan mizează pe virtuțile comprehensive ale trăirilor și actelor sufletești neraționale, apreciind că autenticitatea „esen-

țelor" sau a „datului existențial“ se dezvăluie nu schematismul intelectual, ci intuiției, afectivității, voinței, extazului religios etc.

862. ANTIHISTAMINIQUE CLIN^(M) Franța — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant — derivat difenilmetan de tip N,N-dimetil-2(α-fenil-o-toliloxi)etilamină, cu acțiune marcat anti-histaminică, pe lingă cea tranchilizantă.

863. ANTIMERAN^(M) Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent — derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, practic fără efecte simpaticomimetice, indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHSTIMULENTE.

864. ANTIMONGOLISM^(S) *sindrom sin. CONTRATIPUL MONGOLISMULUI* → MONOZOMIA 21. O.M.S. a propus înlocuirea denumirii acestei entități, urmînd a se numi MONOZOMIA 21.

865. ANTIN^(M) R.F.G. — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan → ANTIHISTAMINIQUE CLIN^(M) Franța.

866. ANTI-NAUS^(M) Australia — DCI *Prochlorpromazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic → EMETIRAL^(M) România.

867. ANTINOMIE CARACTERIOLOGICĂ (cf. gr. *antinomia* „contradicție în legi“) ● Componentă a dizarmoniei structurii personalității, la nivel caracterial, constînd din existența unor trăsături sau tendințe opuse, care contribuie la diminuarea capacității de adaptare și conduce la apariția unor stări conflictuale.

868. ANTIOBES RETARD^(M) Spania — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valențe anorexigene, utilizat în combaterea obezității, consecutiv tratamentului îndelungat cu neuroleptice. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHSTIMULENTE.

869. ANTIPAR^(M) Italia — DCI *Dimethazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dietil-aminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și al afecțiunilor psihosomatice.

870. ANTIPARKINSONIENE ● Grupa medicației antiparkinsoniene este alcătuită din substanțe cu eficacitate terapeutică în boala Parkinson și în parkinsonismul simptomatic — inclusiv cel neuroleptic. Acest grup heterogen cuprinde:

● *Anticolinergice*:

● atropină și atropinice (alcalizi de beladonă);

● antiparkinsoniene de sinteză: Trihexifenidil (ROMPARKIN^(M), ARTAN^(M)), Biperiden (AKINETON RETARD^(M), BENZHEXOL^(M)), Orfenadrina;

● fenotiazine: TIORIDAZINA^(M), LEVOMEPROMAZINA^(M), PROMETAZINA^(M);

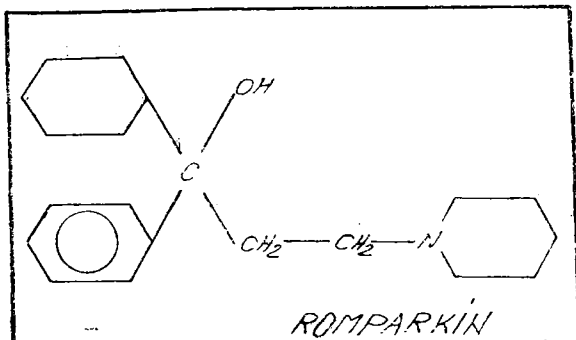
● *Levodopa și antagoniștii săi*: AMANTADINA^(M), BROMOCRIPTINA^(M).

● *Prođuși adjuvanți*: β-blocante — PROPRANOLOL^(M).

Efectul se exercită asupra principalelor simptome ale sindromului parkinsonian, atenuînd akinezia, rigiditatea, tremorul; prin efect secundar ortotimizant, se ameliorează poziția depresivă. Efectele anticolinergice constau în: tahicardie, relaxarea musculaturii netede (constipație, dificultate în micțiune, tulburări de acomodare, creșterea presiunii intraoculare), inhibarea glandelor exocrine (uscăciunea gurii, inapetență, greață).

Antiparkinsonienele acționează la nivelul nucleilor striai, regînd dezechilibrul mediatorilor chimici, acetilcolina și dopamina. Antiparkinsonienele anticolinergice reduc activitatea acetilcolinei, iar antiparkinsonienele dopaminergice potenează activitatea dopaminei. Primele acționează prin blocarea, atît la nivel central cit și la nivel periferic, a efectului acetilcolinei asupra receptorilor (efect colinolitic), iar cele dopaminergice (L-dopa) acționează prin eliberarea unui precursor metabolic al dopaminei care, sub acțiunea dodecarboxilazei, se transformă în dopamină, traversînd, în proporție de 1—2%, bariera hematoencefalică. Amantadina favorizează eliberarea dopaminei din terminațiile dopaminergice. În psihiatrie, antiparkinsonienele de sinteză și fenotiazinele se folosesc pentru combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor. Neurolepticele incisive își exercită acțiunea antipsihotică prin blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striai, determinînd o hiperactivitate colinergică la acest nivel, care generează, pe plan clinic, sindromul parkinsonian neuroleptic. Prin efectul lor anticolinergic, antiparkinsonienele de sinteză ameliorează acest sindrom, eficiența lor terapeutică apărînd la 1—2 ore după administrare și

durind cîteva zile după întreruperea tratamentului. Dozele indicate variază între 6—16 mg/zi, în funcție de intensitatea fenomenelor extrapiramidale. Contraindicațiile absolute sînt glaucomul avansat și adenomul de prostată.

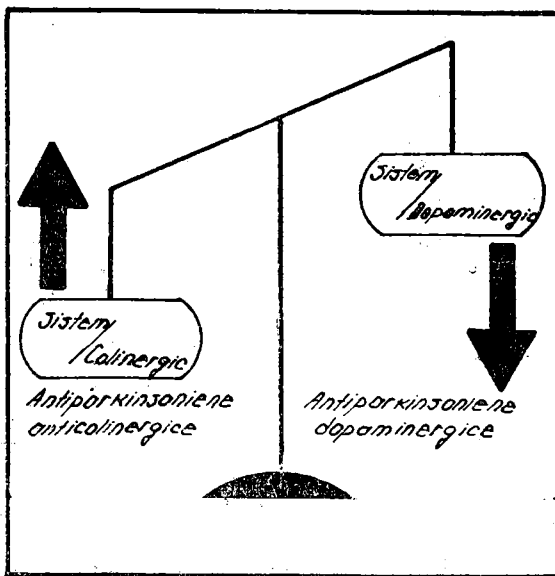


kinsonienelor, subiecții ajung la un veritabil sindrom de dependență față de acestea, ceea ce duce deseori la neglijarea tratamentului neuroleptic. Apare astfel evidentă necesitatea reevaluării opiniei asupra antiparkinsonienelor de sinteză, precum și necesitatea utilizării lor cu prudență, respectind cîteva principii de bază :

- în perioada de atac a curei neuroleptice, asocierea Romparkinului este necesară numai dacă apar fenomene de impregnare neuroleptică și atunci numai pentru o perioadă scurtă ;
- în faza de întreținere a curei neuroleptice, doza de antiparkinsonian trebuie dimi-

Multiplele efecte secundare ale antiparkinsonienelor restrîng folosirea lor abuzivă. În supradozajul cu antiparkinsoniene se poate ajunge pînă la „delirul atropinic”, care se manifestă prin stare confuzională cu halucinații vizuale, agitație, hipertermie, incoordonare motorie, tahicardie, palpitații. Apariția acestei simptomatologii este favorizată de simultaneitatea administrării (mai ales la persoane în vîrstă) în doze mari a antiparkinsonienelor, neurolepticelor sedative și tranchilizantelor. Asocierea la tratamentul neurolepticelor a unui antiparkinsonian reduce efectul clinic al neurolepticelor, prin scăderea ratei lor de absorbție intestinală. Acest fapt conduce la concluzia că antiparkinsonianul trebuie administrat la 1—2 ore după administrarea neurolepticului (fapt neglijat însă deseori în practică).

Antiparkinsonienele modifică, de asemenea, sistemul enzimatic al inactivării și eliminării neurolepticelor. Pentru a preveni efectele secundare supărătoare ale neurolepticelor se preferă mai curînd scăderea dozei acestora decît adăugarea unui antiparkinsonian. Administrarea sistematică și pe perioadă îndelungată a antiparkinsonienelor favorizează apariția diskineziilor tardive ireversibile. Un alt efect nefavorabil al acestei asocieri este acela că, resimțînd efectul ortotimizant al antipar-



Corectarea dezechilibrului dopaminergic prin antiparkinsoniene.

nuată progresiv, pînă la suprimarea totală. Dacă simptomele parkinsoniene reapar, se reia tratamentul antiparkinsonian. Majoritatea autorilor consideră că, în tratamentul neuroleptic de întreținere, 80% din subiecți nu necesită antiparkinsoniene. Nu trebuie neglijat

faptul că neurolepticele sedative, prin efectele lor anticolinergice, pot ameliora fenomenele extrapiramidale induse de neurolepticele incisive, fără a avea riscurile antiparkinsonienelor.

871. ANTIPATIE (cf. gr. *antipatheia* „sentiment contrariu, antipatie“) ● Trăire afectivă de respingere, aversiune, reacție tacită sau neplăcere față de o anumită persoană, variat motivată: de la aspecte pur exterioare (ținută, voce, vestimentație, comportament manifest), la lipsa de afinitate (incompatibilitate spirituală, opoziție de interese, opinii, valori, atitudini etc.). Se pot distinge antipatii spontane și aparent nemotivate (care pot fi depășite printr-o cunoaștere mai profundă a personalității celuilalt, cu renunțarea la prejudecăți și raționamente rigide) și antipatii plurimotivate (care pot degenera în ură sau, invers, pot evolua în direcția atracției sau simpatiei). Antipatia constituie un focar conflictual sau un motiv de întrerupere a relațiilor interpersonal, la toate nivelurile: intrafamiliar, grupuri spontane, microgrupuri de muncă etc. Este folosită drept criteriu de alegere în testul Szondi, acest autor atribuindu-i o importantă funcție proiectivă.

872. ANTIPRESS^(M) S.U.A. — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-/3-(dimetilamin)propil-/10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzând depresia endogenă, este posibilă și chiar se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent, în 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existind riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPIN^(M).

873. ANTIPSIHIATRIE ● Curent de idei care neagă apartenența tulburărilor psihice la conceptul de boală și, implicit, necesitatea oricărei forme de îngrijire sau asistență medicală psihiatrică, reducând psihopatologia la un conflict generic individ-societate.

Originile acestui curent se află în Anglia, având drept reprezentanți marcanți pe LAING și COOPER (ultimul și autor al termenului de antipsihiatrie — 1967), dar și-a găsit repede aderenți atît în Europa (Franța, Italia), cit și dincolo de ocean. Inițial, mai ales în Franța și S.U.A., se relevă importanța analizei sociologice și a poziției sociogenetice în determinarea cauzelor bolii psihice, cadru depășit

rapid prin contestarea instituțiilor psihiatrice și, ulterior, a psihiatrilor, care devin personajele țintă acuzate de promulgarea violenței sanatoriilor împotriva celor „etichetați“ ca bolnavi. Folosindu-se cu multă abilitate de toate „fisurile“ doctrinare și metodologice ale psihiatriei „oficiale“, autorii antipsihiatri (mulți dintre ei foști psihiatri de renume) au publicat o serie de lucrări, ale căror titluri senzaționale și deosebitul talent literar al onora dintre autori (mai ales LAING, FOUCAULT, ESTERSON) le-au transformat pe multe dintre ele în „best-sellers“ ale anilor '60: „Eul divizat“, „Asylum“, „Istoria nebuniei“, „Politica experienței“, „Mitul bolii mintale“ etc.

Ch. BOSSEUR subliniază faptul că antipsihiatria apare ca un curent de idei scandalos, percutant contestatar, uneori folcloric, născut în deceniul șapte (imagine la care a participat și o anumită producție cinematografică prezentînd spectaculos, tragic, dar evident denaturat, viața din spitale; în acest sens un loc deosebit îl deține filmul lui M. FORMAN „Zbor deasupra unui cuib de cuci“).

Antipsihiatria caută explicații noi pentru boala psihică, pentru etiologia ei și ea neagă tablourile psihopatologice considerate ca fiind rezultat al ambiguității limbajului și relației pacient-medic, mergînd pînă la desființarea barierei normal/bolnav psihic și afirmînd inexistența fenomenului patologic pe care îl consideră doar „diferit“. Astfel schizofrenia devine un „mit“ cultivat de societate și psihiatrie, o simplă ficțiune socială. Inspirată de filozofia existențialistă și de fenomenologie (KIERKEGAARD, JASPERS, HEIDEGGER, BINSWANGER, Ivan ILICH, SARTRE) ca și de o serie de teze ale școlii de la Frankfurt (MARCUSE, ADORNO, FROMM, HORKHEIMER), antipsihiatria găsește obscure determinări socioculturale ale bolii psihice, afirmînd potențialul patogenetic al societăți ca și pe cel al celei familiale, considerate ca fiind structuri ale violenței. O serie de lucrări, cum ar fi cele ale lui LAING, COOPER, MAONI, SZASZ, FOUCAULT, precum și o serie de experiențe terapeutice (cum au fost cele de la pavilionul 21 al spitalului psihiatric londonez, cele de la Palo Alto, ca și cele de la spitalul Gorizia sau de la S.P.K. din Heidelberg, referitoare la antipsihiatrie) nu au fost în măsură să convingă, în final, pe nimeni. Cu toată zgomotoasa contestare și negație, antipsihiatria nu a reușit să ofere nimic în schimbul „modelelor“ pe care le dorea dispărute, transformîndu-se, așa cum arăta H. EY, prin lipsa de coerență și metodă, ca și prin abordarea inadecvată a concepțiilor teoretice și științifice pe care

psihiatra se fondează, într-o mișcare antimedicinală, antiinstituțională și anticivilizatorie. Realitatea bolii psihice, corelațiile sale organice și transculturale, suferința și alienarea bolnavului psihic, precum și nevoia acestuia de ajutor constituie adevărurile cu care psihiatra operează eficient, dar pe care antipsihiatra le-a negat cu vehemență, construindu-și un eșafodaj de fantasmă care au transformat-o în „apsihiatrie“.

874. ANTIPSIHOTICE ● Grup de medicamente care permit controlul halucinațiilor, ideilor delirante, confuziei mintale, reducând concomitent agitația psihomotorie. Ca mecanism de acțiune este incriminată blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striati. HOLLISTER în 1970 și Jansen van BEVER în 1978 au stabilit experimental, pe animale, o ierarhizare a aproximativ 40 dintre neurolepticele uzuale, în funcție de efectul lor antipsihotic; raportându-le la efectul antipsihotic al CLORDELAZINEI. Nu toate concluziile studiului au fost confirmate de practică → NEUROLEPTICE INCISIVE.

875. ANTISOCIAL (cf. lat. *anti-* „contra“ și *socius* „asociat“) ● Termen cu referință psihiatrică, în special în ceea ce privește personalitatea dizarmonică antisocială. Aceasta se definește prin comportamentul antisocial al subiectului manifestat de-a lungul întregii sale biografii, caracterizat prin lipsă de respect față de valorile morale și individuale, încălcarea a normelor etice, sociale, incapacitate de manifestare a unor sentimente de vinovăție sau rușine, neputință de a învăța din experiențele anterioare sau chiar din pedepse, permanent conflict cu societatea. Subiectul prezintă un grad scăzut de rezistență la frustrații, are tendința de a-i învinovăți în permanență pe ceilalți și de a oferi orice explicații raționale pentru comportamentul său, în afară de recunoașterea propriei vinovății sau de încercarea de a-și modifica pozitiv comportamentul. Aceste manifestări apar, de obicei, înaintea vârstei de 15 ani, și prin persistența și ecoul lor, fac din personalitatea dizarmonică antisocială un handicapat incapabil să aibă un statut social, profesional sau familial stabil.

Termenul a fost introdus de PORTRIDGE în 1930, care a creat conceptul de personalitate sociopatică și autorii americani, în 1968, introduc termenul de personalitate antisocială, la care se adaugă și noțiunea de comportament dissocial, pentru apartenența la asociații care promovează fapte antisociale: prostituție,

jocuri de noroc, crimă organizată. DSM III descrie personalitatea antisocială care se manifestă din copilărie prin înșelăciune, minciună, furt, scandaluri, bătaie, viață sexuală precoce sau comportament sexual agresiv, exces de băuturi alcoolice și droguri, comportament care persistă atât în adolescență cât și la vârsta adultă, ducând la o gravă inadaptare socială. Antisocialii sînt incapabili de încadrare profesională sau familială. Contactele lor cu justiția sînt mai frecvente decît cele cu psihiatra. Se pare că, după vârsta de 60 de ani, intensitatea acestor manifestări poate diminua. Aceste personalități trăiesc într-o continuă stare de tensiune, au perioade depresive motivată de rejecția lor întemeiată de către ceilalți indivizi, care nu-i pot accepta așa cum sînt. Chiar dacă intensitatea manifestărilor comportamentale tinde să scadă la adult, disforia continuă să persiste. Frecvența este mai mare la bărbați. Se apreciază prevalența personalității antisociale în S.U.A. ca fiind de 3% pentru bărbați și mai puțin de 1% pentru femei. Din punct de vedere etiologic, se consideră că personalitatea antisocială este un eșec al procesului de socializare al individului (JENKINS, 1960). Studii asupra mediului, a eredității și de psihofiziologie au căutat să clarifice modalitățile de apariție și dezvoltare a acestui tip de personalitate. Printre factorii de mediu incriminați au fost citați: privarea afectivă timpurie, separația parentală, rejecția parentală și devieri parentale. BOWLBY în 1941 și GOLDFARB în 1945 au pus în evidență relația dintre privarea maternă din prima copilărie și tulburările severe de personalitate de mai târziu. Studii ulterioare (LEWIS în 1964, HESTON și DINEY în 1968, RUTTER în 1972) remarcă importanța privării de legături afectiv-emoționale cu persoane care au pentru subiect o semnificație deosebită. Un alt factor etiologic important este cel al separării copilului de părinți în primii ani de viață. Comportamentul antisocial poate fi uneori pus în relație cu motivul acestei separări. Se pare că dezorganizarea familială sau afecțiunile psihice ca motiv de separare duc mai frecvent la comportamente antisociale decît separarea datorată unor boli somatice. În ceea ce privește familiile dezorganizate, s-a ajuns la concluzia că motivele care au dus la separarea părinților sînt mai importante pentru comportamentul copilului decît însăși separarea. Studii făcute de HEWIT și JENKINS în 1946 și LEWIS în 1954 evidențiază rolul rejecției parentale și copiii nedorți sau nelegitimi, care sînt supuși unui tratament

de respingere din partea mamei, dezvoltă mult mai frecvent un comportament antisocial. ROBINS în 1966 stabilește că acei copii ai căror părinți prezintă tulburări de comportament, alcoolism, au o predispoziție mai accentuată pentru manifestările antisociale. Rolul eredității, coroborat cu factorii ambientali, a fost demonstrat prin studiile pe gemenii monoziagoți și dizigoți, completate cu studii asupra copiilor adoptați (SCHULSINGER — 1972, HUTCHINGS și MEDNICK — 1973). Studii psihofiziologice (EEG și răspuns galvanic cutanat) au pus în evidență modificări semnificative la subiecții cu comportament antisocial. KNOTT (1953) găsește atât la subiecți, cit și la părinții biologici ai acestora, modificări ale EEG, în sensul unor anomalii bioelectrice de tip lent bilateral. HART, în 1970, prin studierea răspunsului galvanic cutanat, găsește că antisocialii au un prag bazal de anxietate mai scăzut decât normalul, susținând că aceasta ar fi cauza eșecului învățării din experiențele anterioare. Din punct de vedere evolutiv, se consideră că debutul comportamentului antisocial se situează în copilărie și că acest comportament, datorat cauzelor anterior discutate, se cristalizează treptat ca un eșec al socializării.

Pentru diagnosticul pozitiv, am preferat criteriile lui SPITZER, care se impun prin acuratețe, păstrind rezerve în privința diferențelor și condițiilor specifice fiecărei societăți, ca urmare a acțiunii unor factori socio-culturali, economici, etici etc.:

● Evidențierea simptomatologiei în jurul vârstei de 18 ani.

● Debut înainte de vârsta de 15 ani, indicat de o biografie a subiectului marcată de cel puțin trei dintre următoarele aspecte:

- absenteism — cel puțin cinci zile pe an în ultimii doi ani, excluzând anul școlar în curs;
- exmatricularea din școală sau sancționarea din cauza unui comportament inadecvat;
- delincvență: arestare, trimiterea la școli de corecție, fugă de acasă sau din inter-

nate, tendință permanentă spre minciună, legături sexuale ocazionale frecvente, consum repetat de băuturi alcoolice sau droguri, furturi, vandalism, rezultate școlare cu mult sub cele corespunzătoare QI-ului; repetențe, încălcarea legilor, inițiere de scandaluri, bătăi.

● Cel puțin patru dintre următoarele manifestări de la vârsta de 18 ani:

- incapacitatea de a efectua o muncă susținută, manifestată prin: schimbarea frecventă a locului de muncă, a meseriilor, nejustificată de motive materiale sau economice; șomaj (șase luni sau mai mult în cinci ani); absenteism; căutare continuă a unui loc de muncă;
- incapacitatea de a-și îndeplini datoria de părinte, materializată prin: malnutriția copilului, îmbolnăvirea copilului prin lipsă de igienă, lipsă de îngrijire medicală, lipsa preocupării pentru hrănirea copilului care este preluat de vecini sau rude, lăsarea copilului mai mic de 6 luni singur în casă;
- nerespectarea legilor concretizată prin: furturi repetate, ocupații ilegale (prostituție, comercializarea drogurilor), arestări;
- incapacitatea menținerii unei relații afectiv-sexuale cu o parteneră, concretizată prin două sau mai multe divorțuri sau despărțiri, schimbarea a zece sau mai multor parteneri într-un singur an;
- iritabilitate, agresivitate, violență, conducând la provocarea scandalurilor, bătăilor, molestarea fizică a soției și copiilor;
- incapacitatea de a-și onora obligațiile bănești, impulsivitate, schimbarea frecventă a domiciliului, a locului de muncă, dispreț pentru adevăr, minciună continuă, imprudență (conducerea automobilului cu viteză mare, peste limitele admise, sub influența alcoolului sau a drogurilor).
- Comportament antisocial constant, de-a lungul întregii biografii a subiectului, cu violarea continuă a drepturilor altora.

● Comportamentul antisocial nu se datorează unei întârzieri mintale, schizofreniei sau unui episod maniaco.

Diagnosticul diferențial este mai dificil de realizat înaintea vârstei de 18—20 de ani, deoarece manifestările comportamentale anterioare acestei vârste pot evolua nu numai spre structura dizarmonică a personalității de tip antisocial, ci și spre schizofrenie sau alte boli psihice. Se pot lua în discuție: alcoolismul și alte tipuri de toxicomanii, cu rezerva de a nu ști care este, în fond, factorul primordial (dizarmonia personalității a dus la drog sau drogul a dus treptat la dizarmonie). În ceea ce privește diferențierea de psihozele maniacale și de schizofrenie, componenta psihotică va fi cea care va decide. Un loc aparte în cadrul unor manifestări comportamentale antisociale, îl ocupă sindroamele psihoorganice cronice, în care personalitatea premorbidă joacă rol de arbitru.

876. ANTITEZA (cf. gr. *antithesis* „opozitie”)

● Judecată opusă din punct de vedere logic unei alte judecăți, numită teză. În filozofia hegeliană, antiteza capătă un sens logico-ontologic, desemnând un moment necesar al devenirii dialectice descrise prin triada: teză (afirmație), antiteză (negație sau opoziție) și sinteză (negarea negației), care afirmă unitatea polară a determinărilor contrare ale oricărei existențe.

877. ANTITEZA NEVROTICĂ ● Termenul introdus de ALDER pentru a defini tendința subiecților nevrotici de a compara un eveniment, subiect sau obiect cu opusul care îi corespunde; exemplul tipic: masculin/feminin. Faptele de memorie, sentimentele, acțiunile sunt supuse mecanismului de antiteză pentru a se găsi notele defavorizante ale unei situații cu care subiectul se identifică. Nevroticul nu va reuși însă niciodată să treacă la sinteză, rămânând pe foarte limitată poziție devvalorizatoare.

878. ANTISTRESS ^(M) S.U.A. — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilamino-propil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențiază acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN ^(M).

879. ANTIVERT ^(M) S.U.A. — DCI *Meclozina* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de

tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, asociat cu NL incisive.

880. ANTLOFOBIE ^(F) (cf. gr. *antlos* „apă de mare” și *phobos* „frică”) ● Frică patologică și nejustificată față de inundații (fără referire la catastrofele generate de natură), pe care subiectul o încearcă în legătură cu posibilitatea producerii acestui eveniment în spațiul și circumstanțele domestice (prin uitarea robinetelor deschise și, cu totul excepțional, prin defectarea instalației de alimentare cu apă). Antrenează comportamente de asigurare, care pot deveni foarte supărătoare atât pentru subiect, cât și pentru persoanele din anturajul imediat (rude, vecini). Uneori, poate exista un antecedent (minor) care declanșează fobia subiectului.

881. ANTON ^S *simptom/semn* ● Gabriel ANTON a descris, între 1893—1899, trei simptome, cu interesante conexiuni psihiatrice, care îi poartă numele:

- Simptomul dedublării halucinatorii (alter ego), în care subiectul își vede dublura acționând în același mod. În cazul princeps, subiectul prezenta o leziune a hemisferului stâng.
- Anozognozia din sindroamele cerebrale organice, care poate fi însoțită de halucinații și confabulații „compensatorii”. Semnul va intra în structura sindromului Anton-Babinski (1914).
- „Simptomul celei de a treia mîini”, observat în cazul tumorilor parietale bilaterale.

882. ANTON ^(S) *sindrom* ● Sindrom descris de autor la unii subiecți cu cecitate corticală, constind în lipsa recunoașterii acestui grav deficit. Semnalat și anterior (DÉJERINE, VIALET, von MONAKOW), acest „sindrom de negație” se poate înscrie în grupa anozognoziilor corporale. În ciuda oricărei evidențe sau demonstrații, subiectul refuză să-și admită deficitul perceptual, chiar dacă este clară dezorientarea sa spațială, avînd drept consecință înregistrarea unui număr sporit de traumatisme corporale și conflicte interrelaționale.

Datorită caracterului uneori tranzitoriu al sindromului, ce poate avea o evoluție oscilantă, el nu este chiar atât de ușor de diagnosticat, cu atât mai mult cu cât, evident, el nu este acuzat de bolnav. Uneori este însoțit de o argumentație asemănătoare confabulației de jenă, prin care subiectul încearcă să explice-

celorlalți „micile incurcături” pe care le face: iluminarea insuficientă, nepotrivirea sau absența ochelarilor etc. Situația devine mai complicată atunci când există o producție halucinatorie vizuală, care îi conferă subiectului convingerea în capacitatea sa perceptivă. Nu există un consens în încadrarea acestei tulburări pe care unii o consideră o psihoză Korsakov la un nevăzător (REDLICH, DORSEY), iar alții o hemianopsie cu reducerea câmpului perceptiv intern (MAGITOT, HARTMANN). Asupra patogeniei există, de asemenea, controverse, ANTON considerându-l legat de întreruperea căilor asociative care nu-i permite bolnavului să ia cunoștință de boala sa, iar alți autori cred că este vorba fie de o substituție halucinatorie a realității, fie de o incapacitate narcisiacă a subiectului de a-și admite defectul. Diferențierea de cecitatea isterică, deloc facilă (unii autori atribuie chiar acestui sindrom o natură isterică), face obligatorie buna cunoaștere a acestui sindrom.

883. ANTON-BABINSKI⁽⁸⁾ *sindrom* ● Manifestare clinică amplă, grupată în jurul a trei elemente majore :

- asomatognozie (ignorarea/nerecunoașterea unuia sau mai multor segmente ale corpului) §
- anozognozie (ignorarea/nerecunoașterea propriei boli — chiar în condițiile în care ea realizează o infirmitate) §
- anozodiaforie (indiferența față de boală, însoțită uneori de o euforie paradoxală).

Apare în leziuni de diferite etiologii, la nivelul răspintei parieto-temporo-occipitale drepte. Descrierea sindromului aparține celor doi neurologi francezi, al căror nume îl poartă.

884. ANTONIME^(T) *test* (cf. gr. *anti* § *onyma* „nume”) ● Teste bazate pe antonime (cuvinte cu semnificație contrară). Sînt teste care fac apel la răspunsuri sau reacții verbale, implicînd cunoașterea limbajului, înțelegerea semnificațiilor cuvintelor și a formelor gramaticale. Sînt utilizate atît ca teste independente, cit și ca subteste (în cadrul unor baterii vizînd explorarea funcțiilor cognitive sau a personalității), în scopul determinării unor caracteristici ale gândirii și vocabularului ca : flexibilitatea și claritatea în comprehensiune, volumul de cunoștințe și al unor aspecte de ordin atitudinal și afectiv ale personalității. În testele asociativ verbale dirijate, instructajul poate să conțină mențiunea ca la cuvintele-sti-

muli (substantive, adjective sau verbe) subiectul să răspundă prin antonime : de exemplu, a urca-a cobori ; femeie-bărbat ; tinăr-bătrîn ; gras-slab ; frumos-urît. Din aceeași categorie de teste face parte metoda diferențiatorului semantic, elaborată de OSGOOD, care utilizează antonimele în direcția decelării semnificațiilor afective ale cuvintelor pentru un anumit subiect (și a modificării semnificației aceluiași cuvînt pentru același individ), precum și a diferențelor dintre subiecți în ceea ce privește valoarea afectivă atribuită diferitelor cuvinte. OSGOOD a luat în considerare trei dimensiuni ale cuvintelor și anume : dimensiunea evaluativă (bun-rău, curat-murdar, etc.), dimensiunea potenței (mare-mic, greu-ușor, puternic-slab) și dimensiunea de activism (repede-încet, activ-pasiv etc.). Din categoria probelor de gîndire care înglobează antonime sau solicită determinarea lor într-o serie de cuvinte, sînt de semnalat : probele de „excludere” (cele două forme, A și B, pentru niveluri diferite de instrucție), și probele de determinare a raporturilor de „contrast”, acestea fiind probe de tip creion-hîrtie și cu cotare dublă (calitativă și cantitativă) a răspunsurilor. Proba de „excludere” B conține zece serii a câte cinci cuvinte fiecare, un cuvînt din fiecare serie nepotrivindu-se cu celelalte § excluderea lui împune și consemnarea (într-o rubrică specială) motivației alegerii făcute de subiect. Pentru proba de determinare a raporturilor de „contrast”, instructajul cere ca, în fiecare dintre cele 13 serii a șase cuvinte, să se indice perechea în care un membru reprezintă contrariul celuilalt.

885. ANTORON^(M) Coreea — DCI Meçlozînă ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

886. ANTRENAMENT AUTOGEN (cf. engl. *training autogen*) — sin. TRAINING AUTOGEN ● Reprezintă o metodă psihoterapeutică de relaxare sau de „autodecontractare concentrativă” (denumire sub care mai figurează în literatura de specialitate). Este utilizată în scopul creșterii capacității vitale, maximizării disponibilităților psihofizice și reducerii deficiențelor patologice. A fost elaborată de psihiatrul german J. H. SCHULTZ între anii 1908—1912, pornind de la observațiile lui O. VOGT asupra autosugestiei și autohipnozei, ale lui CORVAL și GROSSMAN. Constă în practicarea, pe fondul relaxării musculare

cît mai profunde, obținute pe baza anumitor poziții „cheie“ (de exemplu, poziția birjarului pe capră sau a gînditorului lui Rodin), a unor exerciții eșalonate pe două cicluri (ciclul inferior și ciclul superior, fiecare cuprinzînd un anumit număr de exerciții). Exercițiile includ cuvinte inductoare de imagini mintale deconectante. Ciclul inferior (la care se face de obicei referirea cînd se vorbește de antrenament autogen) urmărește, prin cele nouă exerciții, obținerea stării de calm și confort psihofiziologic, prin (auto)sugestive referitoare la senzațiile de greutate, căldură, bătăi regulate ale inimii, respirație liniștită, plex cald, frunte răcoasă. În funcție de formula la care se recurge (individuală sau colectivă) și de scopurile urmărite, durata fiecărui exercițiu și frecvența lor variază între 5—30 minute ședința, 15 zile în medie pentru fiecare exercițiu, 3—6—12 luni de antrenament. Aplicat mult mai rar și numai după o însușire perfectă a ciclului inferior, ciclul superior cuprinde exerciții pentru vizualizarea unor obiecte concrete și abstracte, realizarea expresivă a unor dorințe, perceperea unor răspunsuri din inconștient.

Indicat inițial în tratarea nevrozelor (motorii, fobice, anxioase, hipochondrice etc.) și a afecțiunilor psihosomatice, trainingul autogen este astăzi folosit din ce în ce mai mult pentru indivizii sănătoși din domeniile de activitate care solicită utilizarea la maximum a capacităților fizice și intelectuale (cu precădere în aviație și sport).

Dintre beneficiile obținute pe baza practicării antrenamentului autogen se enumeră: realizarea unei destinderi generale reparatorii și autoreglarea unor funcții corporale (respiratorii, cardiace, digestive etc.) și instalarea „condiționată“ a somnului natural și estomparea emoțiilor parazitare și a reacțiilor neadecvate în situații frustrante sau de așteptare și creșterea capacității mintale, îmbunătățirea unor procese psihice ca memoria, capacitatea de concentrare, intuitivitatea etc.; abolirea unor senzații dureroase (cenestopatii) și auto-disciplinarea personală, fortificarea voinței și modelarea caracterului.

887. ANTRENAMENT MODELATORIU ●

Formă de antrenament psihopedagogic, inițiat de școala românească (P. POPESCU-NEVEANU T. CREȚU, S. VORNICESCU ș.a., 1962), constînd dintr-un ansamblu de acțiuni informativ-formative, bazate pe anticipare operațională (→ANTICIPARE OPERAȚIONALĂ) și exersare prin operații și deprinderi care facilitează formarea progresivă a gîndirii și asigură o creștere a randamentului învățării.

Antrenamentul debutează, în funcție de scopul didactic, cu elaborarea modelului de acțiune, care trebuie să fie simplu relevant, generalizat și izomorf (sau homomorf) cu originalul. Interiorizarea modelului, realizată stadial — urmînd schema galperiană —, punctată de anticipări secvențiale, este urmată de „obiectivări“ sau aplicații în cele mai variate contexte.

888. ANTRENAMENT PSIHOLGIC MODELAT (A.P.M.) ● Formă de antrenament psihologic, utilizată ca instrument de înțelegere mai profundă a modului de funcționare al proceselor și funcțiilor psihice și ca mijloc de acțiune eficientă și constituie baza procedurilor modelării. Modelele folosite în cursul antrenamentului pot fi teoretice și/sau experimentale (teorii, descrieri sau ilustrări ale fenomenului, mulaje, machete, scheme de funcționare, simulatoare etc.), permițînd, în final, transferul de cunoștințe, deprinderi, scheme, operații, la situații similare sau originale, noi (→METODA MODELĂRII PRIN ANALOGIE).

APM activează sau potențează diferitele funcții psihice, crește sau diminuează intensitatea lor, programează desfășurarea optimală a activității prin modelarea condițiilor psihologice responsabile în cel mai înalt grad de eficiență ei și în acest fel, ameliorează și facilitează cunoașterea de sine și raporturile omului cu ambianța socială sau diferitele tipuri de activitate și sporește adaptarea omului pe planul proceselor psihice față de exigențele vieții sociale și profesionale. Un exemplu de APM este pregătirea aviatorilor pentru diferitele situații (previzibile sau imprevizibile) impuse de tehnică și de condițiile de zbor.

889. ANTRENAMENT PSIHOTONIC (A.P.)

● Metodă specială de antrenament psihologic de tip ideo-motor, specifică activității sportive, constînd în valorificarea modificărilor psihologice și fiziologice determinate de relaxarea musculară (generală sau localizată) produsă prin concentrare psihică. Sugestiile și autosugestiile de relaxare, de contracție și de control al respirației exercită un efect benefic asupra tonusului muscular și, implicit, asupra stării psihice (deconectare, destindere, confort psihosomatic). Deși eterogenă sub raportul principiilor teoretice și al tehnicilor utilizate, în AP se pot distinge două faze sau momente. Odată căpătăt asentimentul subiectului pentru practicarea AP, se trece la faza de inițiere în tehnica acestuia, constînd în însușirea și exersarea într-o ordine riguroasă

și prin respectarea strictă a unor condiții a unor exerciții de relaxare musculară. Secvențial și localizat, apoi generalizat, sînt conștientizate relaxările pasive, contracțiile active și ritmul cardiac și respirator. Metodele J. H. Schultz (→ ANTRENAMENT AUTOGEN), Jacobson, Alexander, Ajuriaguerra, sînt cîteva dintre tehnicile de relaxare utilizate cel mai frecvent în această primă fază.

Faza specială sau de antrenament modelat, care vizează pregătirea sportivului pentru performanțe, cuprinde exerciții specifice activității sportive, prin aplicarea controlului muscular obținut în prima fază la exigențele disciplinei sportive practicate. Mintal, se vizualizează toate momentele critice ale acțiunii de performanță sportivă, se operează ajustări ale tonicității și eficienței diferitelor grupe musculare, se combat efectele de oboseală prin diminuarea temporară a încordării, se valorifică restanțele funcțional-energetice sau se introduc corecții de ordin tactic în strategia acțiunii. Deși tehnica este specifică antrenamentului sportiv de performanță, eliminînd disfuncționalitățile psihosomatice resimțite de sportivi înaintea concursurilor (trac, teamă, insomnii, tulburări neurovegetative, incapacitate de concentrare și mobilizare etc.), metoda AP, mai ales prin faza ei preliminară (relaxare musculară prin concentrare mentală), este indicată și în următoarele cazuri: profilaxia oboselii, surmenajului și abilitarea indivizilor angajați în activități care solicită electiv și excesiv anumite capacități fizice sau intelectuale și tratarea unor stări de anxietate, nevroze motorii și boli somatice și restabilirea și refacerea resurselor energetice, după efort susținut sau îndelungat.

890. **ANTROPO** (cf. gr. *anthropos* „om”)

● Element de compunere savantă, cu ajutorul căruia se introduce în termenii compuși referirea la om.

891. **ANTROPOCENTRISM** (cf. gr. *anthropos* și *kentron* „centru” și vezi și lat. *centrum*)

● Variantă de finalism teologic și/sau strategie filozofică naivă (privind explicarea fenomenelor sociale), care situează omul în centrul universului, ca scop sau temei al acestuia. Acest determinism limitativ, de natură spirituală, se regăsește în psihopatologie în modul de gândire al personalităților egocentrice și imature afectiv-cognitiv. De asemenea, se poate întîlni în schizofrenie, ca demers metodologic a priori, cu conținut delirant megalomaniac.

892. **ANTROPOFOBIE**^(*) (cf. gr. *anthropos* și *phobos* „frică”) — sin. EXANTROPIE ● Deși literal ar însemna frică de oameni, manifestările acestei fobii sînt variate, cuprinzînd o serie de fenomene privind dificultățile unor indivizi de a stabili contacte sociale directe. După HARTENBERG, chiar timiditatea ar putea fi asimilată cu cea mai simplă și cea mai răspîndită formă de antropofobie. După același autor, fobia de a fi privit intră în aceeași categorie, putîndu-se adăuga și ereutofobia. Tot din sfera antropofobiei fac parte fobiile referitoare la reprezentanții sexului opus: ginecofobia și, respectiv, androfobia. Teama de aglomerație (ochlofobia) este o altă formă posibilă de antropofobie.

De fapt, termenul este destul de imprecis și o veritabilă teamă de oameni cu evitarea contactelor interumane ar depăși cu mult sfera fobiilor, înscriindu-se în cadrul fenomenelor psihotice.

893. **ANTROPOLOGIE** (cf. gr. *anthropos* și *logos* „cuvînt, discurs”) ● Știința despre om, cunoașterea globală a speciei umane sub aspectul determinărilor sale generice, urmîrind să clarifice originea, esența și poziția aparte a umanității la scară cosmică. În această accepțiune cuprinzătoare, implicații sau chiar întregi discursuri antropologice se integrează în toate miturile, religiile sau concepțiile filozofice. Termenul de antropologie a fost folosit prima oară de Magnus HUNDT în secolul al XVI-lea și privită însă ca teorie constituită după canoanele cunoașterii științifice, antropologia începe a se dezvolta abia în secolul trecut, înscriindu-se pînă în prezent pe două direcții majore de investigație:

● Antropologia fizică, somatică sau antropobiologia — care abordează problematica dezvoltării și diferențierii speciei umane în rase, ale căror particularități se conturează pe fondul unor caracteristici esențiale comune.

● Antropologia culturală — se preocupă de clarificarea genezei comportamentului social, a particularităților sale definitorii — gândire, limbaj, muncă, moralitate, creativitate etc. — precum și de elucidarea cauzelor ce stau la originea diferențierii contextelor și modelelor culturale.

Statutul actual al antropologiei evidențiază două tendințe complementare: pe de o parte, o accentuată specializare, manifestată prin proliferarea unui mare număr de antropologii de ramură, printre care antropologia preistorică, antropologia fizică, antropologia genetică, antropologia economică, antropologia politică,

antropologia filozofică etc. Începe de altă parte un efort din ce în ce mai sistematic de constituire a antropologiei ca disciplină complexă, de sinteză, ca viziune interdisciplinară asupra integralității ființei umane, axată pe o perspectivă unificatoare asupra interacțiunii dintre organism (cu determinismul său biopsihic) și mediul sociocultural, ale cărui legități transcend și influențează mecanismele elementare ale vieții.

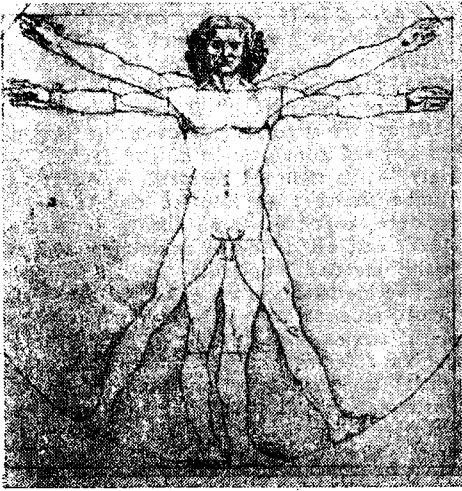
Aparenta „atomizare” a antropologiei este de fapt un argument concludent al faptului că studiul antropologic „stă la baza tuturor științelor care abordează direct sau indirect problematica umană” (Romulus VULCĂNESCU), delimitându-i de fapt statutul integrativ. Acest program de sinteză implică respingerea critică a viziunilor antropologice unilaterale, fie că sînt de esență spiritualistă — acordînd un rol privilegiat dimensiunii eidetice a omului, definit exclusiv prin notele sale care-l detașează de natură prin atributele conștiinței —, fie că sînt de factură biologizantă, privind omul prin prisma temeiurilor sale preconștiente, fixate prin analogie cu legitățile lumii animale, față de care cultura apare ca factor de distorsiune și mistificare (darwinismul social, rasismul etc.).

Din punctul de vedere al psihatriei, antropologia culturală prezintă un interes deosebit, afirmînd funcția demiurgică a omului (MARX) în propria-i creație ca ființă consumatoare de cultură și modelată de impactul cultural. Antropologia culturală a oferit posibilitatea dezvoltării unor ramuri ca etnopsihiatria și psihiatra comparativă, care se concentrează asupra unor forme de manifestare deosebite de la un grup cultural la altul. Aceste fapte nu pot fi ignorate nici în evaluarea, definirea sau în descrierea unor fenomene psihopatologice. PAMFIL și OGODESCU propun printre antropologiile de sorginte materialist-dialectică antropologia triontică, reprezentînd o viziune antropologică totală, care arată că în actul libertății umane „necesarul, posibilul și contingentul sînt unite dialectic”.

894. ANTROPOLOGISM ● Concepție proprie materialismului premarxist, axată pe ideea că omul trebuie privit, în primul rînd, ca ființă naturală, definită prin atributele corporalității și nevoilor vitale. Îndreptat împotriva teoriilor spiritualiste și dualiste, antropologismul modern (SPINOZA, materialistii francezi, FEUERBACH) ignoră rolul factorilor sociali în genza și dezvoltarea umanității, ceea ce conduce la o nefericită alternativă: fie reducerea fenomenelor spirituale și sociale

la determinismul mai puțin complex al unor regnuri critic inferioare — mecanic sau biologic (La METTRIE, FEUERBACH), fie o explicație inconsecventă, de factură idealistă, a vieții sufletești și a proceselor sociale. Într-o accepțiune mai recentă, antropologismul desemnează orientarea filozofică proprie unor concepții spiritualiste (personalismul, existențialismul etc.), caracterizată prin opoziția față de tehnicism, înțeles ca apologie a eficienței tehnologice, a gândirii formalizate, logico-matematice. Criticînd efectele alieneante ale optimismului afișat de suficiența și aroganța managerială, proprii tehnicismului și scientismului, antropologismul contemporan își propune să reabiliteze unicitatea ființei umane, argumentînd dreptul individualității de a respinge uniformitatea, manipularea și instrăinarea impusă de asaltul tehnicii și raționalității depersonalizante a managementului modern. Totodată, orientarea antropologistă se angajează într-o critică sistematică a exceselor raționalismului și scientismului, urmărind să repună în drepturi epistemice acele dimensiuni ale vieții spirituale prin care se afirmă plener spontaneitatea voinței, creativitatea și non-conformismul liberului arbitru și prin care personalitatea se poate salva de pericolul mărginirii filistine și al înregimentării uniformizante implicate de încrederea nemărginită în raționalitatea de tip științific.

895. ANTROPOMETRIE (cf. gr. *anthropos* și *metro* „măsură”) ● Metodă de lucru a antropologiei (dar și a altor științe), introdusă de BERTILLON, constînd în determinarea prin măsurare a dimensiunilor corpului omenesc, în scopul descrierii unor variabile anatomice, tipice pentru anumite populații. Măsurarea privește caracteristici scheletale, perimetre ale cavităților, dimensiuni ale craniului și oaselor acestuia, dimensiuni ale segmentelor corpului, ale membrelor etc. Antropometria, inițiată în secolul al XVIII-lea, și-a perfecționat atît mijloacele tehnice de investigație, cît și sfera preocupărilor, astfel încît, din analiza datelor complexe pe care le culege, poate oferi unele supoziții și concluzii în ceea ce privește adaptarea ecologică a ființei umane și modificările induse de modul contemporan de viață. Exagerarea importanței unor parametri biologici și interpretarea calitativă tendențioasă dată unor diferențe cantitative între indivizi, au fost folosite ca date „științifice” în susținerea „superiorității rasiale”



Leonardo Da Vinci.

896. **ANTROPOMORFISM** (cf. gr. *anthropos* și *morphe* „formă”) ● Tendință a gândirii de a căuta explicația unor fenomene din natură pe baza unei analogii între acestea și activitatea umană conștientă. Înrudită cu animismul și prezentă în toate miturile religioase (indeosebi în cele consacrate de religiile politeiste), viziunea antropomorfică își reprezintă simbolic procesele și forțele naturale, sociale sau psihice după modelul unor acte săvârșite de ființe divine, înzestrate cu atribute și calități omenești. Funciar pentru conștiința comună, chiar în societățile cele mai evolute, antropomorfismul constituie un temelii psihologic foarte important al religiei, oferind o falsă, dar facilă inteligibilitate a realului. Fertil în creația artistică, antropomorfismul poate reprezenta un obstacol major în dezvoltarea științei, care nu este posibilă decit prin efortul permanent de înlăturare a falselor reprezentări întemeiate pe umanizarea dinamismului și a proceselor naturale.

897. **ANTROPONOMIE** (cf. gr. *anthropos* și *nomos* „lege”) ● Termen prin care HUNTER a încercat, în 1925, să definească psihologia științifică. Termenul nu este utilizat.

898. **ANTROPOPATIE** (cf. gr. *anthropos*; *pathos* „suferință”) ● Termenul este utilizat în două sensuri:

- Formă de delir constituind în convingere, patologică a individului asupra, coexistenței în propriul corp, a uneia sau mai multor ființe umane, a căror mișcare sau voci le percepe în mod frecvent.

- Credință potrivit căreia divinitatea ar avea sentimente sau pasiuni omenești, originară în sistemele religioase primitive.

899. **ANTROPOTOXINA** (cf. gr. *anthropo* și *toxikon* „otrăvă”) ● BROWN SEQUARD introduce, în 1888, teoria antropotoxinelor (un produs toxic existent în aerul expirat, care ar determina tulburări funcționale evidente în condiții de aglomerare, unde cantitatea de aer viciat este mai mare). Această teorie a fost preluată imediat de o serie de autori pentru a explica unele tulburări psihice. Teoria, ca și termenul, au fost abandonate, nemaiprezentind decit interes istoric.

900. **ANTURAJ** (fr. *entourage* „ceea ce înconjură”) ● Mediul social cel mai apropiat sau particular în care se dezvoltă un individ, incluzând atât dispunerea persoanelor în spațiul apropiat, cit și frecvența în timp a comunicării interpersonale. Este definit prin opoziție cu mediul biologic și fizic. Anturajul este o componentă a ambianței psihosociale, cuprinzând elemente eterogene ca proveniență și ca investiție afectivă (rude, colegi, prieteni). Din definiție rezultă marele răusnet psihoemoțional pe care îl are anturajul în dezvoltarea și formarea personalității, în generarea unor reacții nevrotice/psihotice sau chiar a unor nevroze, în restabilirea unui statut pierdut (prin psihoze) al unui subiect aflat în faza de resocializare terapeutică. Nu este de neglijat nici efectul anturajului în consolidarea unei relații adecvate medic-pacient.

901 **ANUAR**^(M) Venezuela — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

902. **ANULARE** (cf. lat. *annullare* „a anihila, a nimici”) ● Este considerată de psihanalisti ca unul dintre mecanismele psihologice de apărare ale Eului împotriva angoasei izvorite din idei, sentimente sau acte rejectate de conștiință (cenzurate). Constă în convertirea acestora, imaginativă sau comportamentală (real-efectorie), în idei, sentimente sau acte contrare. În anumite cazuri, anularea este definitivă prin transformarea în contrariu, cum este cazul sentimentului de milă ce ia locul cruzimii sau al dezgustului față de un obiect, anterior atractiv.

903. **ANULARE RETROACTIVĂ** ● Mecanism de apărare a Eului (după FREUD), constind într-un „comportament compulsional de alură magică” (LAPLANCHE și PONTALIS), prin care subiectul face eforturi să anuleze gânduri, cuvinte, gesturi sau acte, vizind realitatea însăși a actului, negind ireversibilitatea timpului. După FREUD „... veritabila lor semnificație rezidă în aceea că reprezintă conflictul dintre două mișcări opuse și de intensitate egală...”.

Anularea retroactivă se prezintă sub diverse modalități : un comportament este anulat de comportamentul direct opus, același comportament este repetat, dar cu semnificații diferite sau opuse ; comportamentul de anulare este contaminat de comportamentul pe care încearcă să-l anuleze. Se pot decela două niveluri ale conflictului psihic ; conflictul impulsional (între iubire și ură, după FREUD) și conflictul între pulsuni și Eu, în care Eul găsește un aliat în pulsunea opusă celei de care se apără.

În sfera normalității apare anularea sau atenuarea semnificației unui act (retractarea unei afirmații, reabilitarea unui condamnat). În sfera psihopatologiei anularea retroactivă apare mai ales în simptomatologia obsesională.

904. **ANXIDIN**⁽²⁾ Finlanda — DCI *Difc-tossium clorazepate* ● Tranchizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-micrelaxantă și sedativă. Bună sa toleranță și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

905. **ANXIETAS TIBIARUM**⁽⁶⁾ *sindrom* sin. MERASTENIE AGITATĂ ; RESTLESS LEGS ; SINDROMUL PICIOARELOR NELINIȘTITE ; WITTMACK-ECKBOM⁽²⁾ *bcală* sin. → ECKBOM⁽⁶⁾ — *sindrom*.

906. **ANXIETATE** (cf. lat. *anxietas* „ingrijorare, neliniște”) ● Termenul a apărut în literatura de specialitate abia în secolul al XIX-lea, prin lucrările lui J. M. DA COSTA asupra „cordului iritabil” și prin cele ale lui FREUD asupra angoasei nevrotice. În timp ce limba engleză cunoaște un singur termen — anxiety —, ca și limba germană — Angst —, în limba franceză se folosesc doi termeni : — anxieté, angoisse —, cu nuanțe deosebite. În 1977, LADER definește anxietatea ca fiind o stare afectivă neplăcută, avind calitățile subiective ale fricii sau ale emoțiilor apropiate de frică ; asociată cu sentimentul unui pericol iminent, anxietatea este diferită de frică prin faptul că amenințarea este difuză (anxietate normală) sau disproporționată în raport cu intensitatea emoției sau, aparent, această amenințare lipsește (anxietate patologică). Această stare se acompaniază de un cortegiu de manifestări somatice : palpații, dureri epigastrice, constricție toracică, dificultate respiratorie, uscăciunea mucoaselor — manifestări determinate de modificări fiziologice ca hiperactivitatea glandelor sudoripare, vasoconstricție periferică, hipertonie musculară etc. KIELHOLZ definește anxietatea ca o reacție emoțională dezadaptată (disproporționată în raport cu amenințarea la care este supus individul), acompaniată de mimică și gestică specifice, precum și de fenomene de stimulare zdrenergică excesivă, care pot constitui sursa unui feed-back pozitiv, închizind astfel un cerc vicios. KIELHOLZ consideră că indivizii echilibrați au o anxietate normală și că tratamentul este necesar numai în anxietatea patologică. Nici una dintre aceste definiții nu acoperă însă toate situațiile întilnite în practică ; punctele lor slabe le-ar constitui expresia „amenințare difuză”, dificultatea de a stabili uneori dacă o reacție anxioasă este disproporționată sau nu, dacă amenințarea lipsește într-adevăr etc. În 1978, DEL GIUDICE dă o definiție circulară a anxietății, considerînd-o un sindrom alcătuit din mai multe simptome patologice, care tulbură activitatea normală și care poate fi ameliorat, în totalitate sau în parte, prin tratament anxiolitic sau alte tratamente. Această definiție se referă strict la „anxietatea clinică”, deci la stările care determină subiectul să se prezinte la medic. El consideră că anxietatea poate fi continuă sau intermitentă, secundară altor afecțiuni psihice sau somatice, poate fi acută sau cronică, predominant psihică sau predominant somatică. Cuplul de termeni anxietate-angoasă a suscitât multiple dispute, depășind domeniul psihopatologiei. LITTRÉ consideră anxietatea ca o tulburare a afectivi-

tății, acompaniată de o senzație de jenă și constricție precordială. Între anxietate și angosă diferența nu ar fi decît de intensitate, ele fiind doar grade diferite ale aceleiași stări. ROBERT vede în angosă o stare de constricție epigastrică, acompaniată de dificultate respiratorie și senzație de anxietate. BRISSAUD a stabilit, în 1902, o distincție devenită clasică în psihiatria franceză: anxietatea este o tulburare mintală cu neliniște și agitație; angosă înglobează anxietatea și manifestările somatice ale acesteia. În psihiatria contemporană această distincție nu mai este menționată. Anxietatea este un sindrom fundamental al psihopatologiei, unii autori încercînd să-i acrediteze chiar ubicuitatea în patologia mintală. Descrierea ei se lovește însă (ca și în cazul altor simptome fundamentale) de inerente greutăți rezultate din faptul că descrierile subiecților sînt relatări ale unor trăiri dominante de teamă, teroare, tensiune, nervozitate etc. Autorii americani au încercat chiar o distincție între tulburările de panică (panic attacks) și anxietatea generalizată — distincție încă foarte discutată (KLEIN, LEIBOWITZ, TORGESON, CLONINGER). Nu numai psihologia și psihiatria, dar și literatura și filozofia susțin ubicuitatea conceptului de anxietate, rolul său crucial în determinarea condiției umane. HEIDEGGER situează anxietatea în dimensiunea ontologică a ființei umane: „angoasa dezvăluie neantul“ (în etapa respectivă anxietatea și angosă aveau același sens).

În anxietate, tulburarea afectivității are un caracter bazal, „fără obiect“ (de fapt, fără obiect precizat). Ea are un caracter de potențialitate, deformînd trăirea prezentă în raport cu viitorul presimțit ca ostil și predeterminat ca atare. Admițînd că, fenomenologic, anxietatea este o aproximație negativă a viitorului, se poate spune că intensitatea ei este în raport strîns cu intervalul care separă timpul actual al subiectului de timpul evenimential, perceput ca amenințator. Cu cît acesta este mai apropiat, cu atît intensitatea este mai ridicată. În acest sens, anxietatea poate fi privită ca o „halucinație psihică“ legată de viitor (se referă la un obiect care nu există și nu va exista, se desfășoară într-un timp imaterial și într-un spațiu imaginar, nu se poate corecta prin voință, este impenetrabilă la critică). Anxietatea patologică este distinctă față de neliniștea sau teama obișnuită resimțită de orice subiect în fața unei situații noi sau cu un grad sporit de dificultate. Pentru majoritatea oamenilor, anxietatea este o dimensiune a vieții cotidiene,

avînd o serie de funcții adaptative (DUNN) cu răsunset pozitiv asupra activității (concentrare, mobilizarea forțelor). De obicei, se pot identifica următoarele caracteristici ale anxietății: este nemotivată, se referă la un pericol iminent și nedeterminat, față de care apare o atitudine de așteptare (stare de alertă), este însoțită de convingerea neputinței și a dezorganizării în fața pericolului, se asociază cu o simptomatologie vegetativă generatoare de disconfort somatic, care declanșează un cerc vicios cu efect de întreținere a anxietății.

Simptomele somatice ale anxietății, descrise de unii autori (BRISSAUD, BOUTONIER, LITRÉ, HARTENBERG, IONESCU, CUCU) ca angosă (termen impropriu), au fost denumite de KIELHOLZ echivalențe somatice ale anxietății (1982). Acestea ar fi:

- echivalențe cardiace (sindromul anxietății cardiovasculare, TAYLOR, 1983): palitații, tahicardie paroxistică, aritmii, tendință la sincopă, pseudoangină pectorală ;
- echivalențe gastrointestinale: bară epigastrică, spasme faringiene gastrice sau intestinale, uscăciunea gurii, colită spastică, spasm ano-rectal, crize de sughiț, foame sau sete paroxistice, diaree ;
- echivalențe respiratorii: dispnee astmatiformă, hiperpnee (care poate declanșa crize tetaniforme) ; tuse nervoasă în accese ;
- echivalențe genito-urinare ; disurie cu urini clare, polakiurie, crize poliurice ; tulburări de dinamică sexuală, sudorații paroxistice mai frecvente în cursul nopții, răcirea extremităților ;
- echivalențe neurologice senzoriale sau motorii: cefalee, lombalgii, algii posturale, prurit, tremurături, zgomote auriculare, crize vertiginose cu instabilitate la mers ; tulburări ale ritmului somn-veghe ; insomnii de adormire, vise frecvente, coșmaruri, hipersomnie ; oboseală pînă la senzația de epuizare.

Formele clinice ale anxietății :

- Forme izolate, monosimptomatice, care constituie singura manifestare clinică decelabilă, cuprinzînd :
 - criza paroxistică de anxietate, cu debut brusc, inopinat, sau pe un fond anxios preexistent. Este dramatică, se asociază cu o panică teribilă, nejustificată de o situație sau de un obiect, subiectul resimțînd o senzație de moarte iminentă cu modificări respiratorii, cardiovasculare, digestive etc. ;

- starea de anxietate cronică, mai mult sau mai puțin permanentă, resimțită ca o tensiune internă, asociată și ea cu senzații penibile de constricție toracică, esofagiană, epigastrică, precordialgii, li-



Coupeau-Lucien Guitry.

potimii, dispnee, hipersudorație, tremurături etc.

- Forme asociate apar în :
 - nevroza fobică și obsesivă, în special, și în isterie §
 - psihoze, mai ales în faza acută a bufeelor delirante, schizofrenie, melancolie (în care anxietatea poate favoriza trecerea la actul suicidal) §
 - medicina somatică, unde anxietatea însoțește majoritatea bolilor, fiind accentuată mai ales în edemul pulmonar acut, astm, coronaropatii, hipoglicemii, Parkinson, tumori de fosă posterioară, scleroza în plăci, epilepsie, hipertiroidie etc.

Existența anxietății ca fenomen asociat contextului simptomatologic al unor afecțiuni, impune, mai ales în cazurile în care există o aparentă predominanță clinică a manifestărilor

anxioase, efectuarea unui diagnostic diferențial între anxietate, care apare numai ca un epifenomen, și afecțiunea de bază. Din multitudinea de circumstanțe care se pot preta la o asemenea confuzie, redăm schematic pe cele mai importante :

- PSIHOZE :
 - depresie agitată §
 - schizofrenie §
- AFECȚIUNI PSIHOORGANICE :
 - neoplasme cerebrale §
 - migrene §
 - delirium §
 - debutul unor dementțe §
- AFECȚIUNI ENDOCRINE :
 - sindromul carcinoid §
 - sindromul Cushing §
 - hipertiroidism §
 - hipoglicemie §
 - hipoparatiroidism §
 - insulinoame §
 - feocromocitom §
- AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE §
 - prolaps de valvă mitrală §
 - angină pectorală §
 - aritmii cardiace §
- INTOXICAȚII :
 - cafeinism §
 - amfetamine §
 - halucinogene §
 - sindrom de abinență §
- AFECȚIUNI RESPIRATORII :
 - toate tipurile de hipoxie acută sau cronică.

După criteriul temporal-evolutiv, anxietatea se poate manifesta cronic (liber flotantă, generalizată), sau în crize (atacuri de panică, criză de angoasă paroxistică). Iată, după autorii americani, criteriile de diagnostic pentru cele două forme :

- Anxietatea generalizată (flotantă, cronică) §
 - anxietate persistentă și generalizată, manifestată prin cel puțin trei din următoarele simptome : tensiune motorie, hiperactivitate, așteptare anxioasă, vigilență și suspiciozitate §
 - dispoziția anxioasă să fie continuă cel puțin o lună §
 - să nu fie generată de o altă tulburare mintală §
 - vîrsta de peste 18 ani.

● Criza de anxietate (atacul de panică, angoasa paroxistică) :

- trei crize în trei luni în afara unor perioade de efort deosebit sau în situații care pun viața în pericol. Criza este precipitată de expunerea la stimuli fobici circumscriși ;
- crizele de teamă sînt marcate de discrete episoade de teamă sau frică, de hiperactivitate, așteptare anxioasă, vigilență și suspiciozitate ;
- nu este datorată unei alte boli mintale sau tulburărilor somatice ;
- nu este asociată cu agorafobie.

După criteriul intensității, anxietatea poate fi nevrotică sau psihotică :

● Anxietatea nevrotică (anxietate liber-flotantă — CAMPBELL) este caracterizată (după H. EY) de următoarele patru atribute :

- nu este reacțională ;
- este trăită ca un coșmar ;
- are valoare de simulacru (oricît de dramatic descrisă, pare artificială) ;
- este instantanee (nu are trecut, nici viitor).

Ea este însoțită de așteptare anxioasă, caracterizată prin : tensiune motorie (mișcări bruște ale capului, tremurături, mialgii, fatigabilitate, incapacitate de relaxare, clipiri dese, neliniște motorie), hiperactivitate vegetativă, anticipare anxioasă — frica sau grija pentru sine sau pentru ceilalți, legată de un pericol intuit, vigilența polarizată (hiperprosexie spontană, distractibilitate, dificultate de concentrare, nerăbdare, insomnie de adormire). Anxietatea nevrotică apare în următoarele circumstanțe : toate nevrozile, decompensări ale structurilor dizarmonice de personalitate, afecțiuni organice, reacții, boli somatice.

● Anxietatea psihotică corespunde trăirilor din crizele de anxietate : apariția brutală, inopinată, pe fondul unei anxietăți minore preexistente, are un caracter dramatic, invaziv, antrenează comportamente de apărare cu aspect de reacție punitivă (fugă sau stu-

poare), modifică claritatea și lărgimea cîmpului conștiinței. Este însoțită de tanatofobie, de credința în iminența decesului și de echivalențe somatice. Anxietatea psihotică apare în reacții, psihoze delirante acute și cronice, depresie psihotică, psihoze organice (mai ales în stările de delirium), debutul demențelor.

Tot pe criteriul intensității, H. EY clasifică anxietatea morbidă în minoră și majoră. Anxietatea minoră se caracterizează prin : îndoială, teamă, neliniște, regret, descurajare. Anxietatea majoră se caracterizează prin : amenințare misterioasă, senzație de moarte iminentă, nefericire, sentiment de întemnițare, disperare.

Etiologia anxietății rămîne încă un domeniu al ipotezelor în care, ca și în cazul altor tulburări cu caracter bazal, teoriile multifactoriale par să fie cele mai apropiate de realitate. Chiar în acest caz, raportul dintre factorii biologici și genetici, psihologici și mezologici este variabil de la individ la individ. Contribuția genetică este mai pregnantă decît în cazul altor tulburări, observîndu-se corelații semnificative statistic în familiile de anxioși și la gemenii monoziogoți. Existența unor markeri biologici pare să fie, de asemenea, plauzibilă. Astfel, în fenomenele anxioase, testul de lactat de sodiu este mult mai frecvent pozitiv. Alți parametri biologici au fost furnizați de reflexul cutanat galvanic și de modificări ale circulației cubito-radiale. Metabolismul norepinefrinei în sistemul nervos central la anxioși (SWEENEY) pare a fi modificat, așa cum arată cercetări foarte recente. Evenimentele traumatogene ca moartea unei persoane apropiate, emigrarea, divorțul, pot constitui tot atîtea cauze de anxietate. După teoriile psihanalitice, anxietatea este provocată de exigențele pulsionale, care asediază Eul ce se apără. Anxietatea este, după post-freudiști, indicele nehotărîrii subiectului în raport cu obiectul. Astfel, în funcție de tipul de apărare, mecanismele apărării împotriva anxietății ar fi următoarele :

Tabel nr. XXII

Tipul de apărare	Mecanisme de apărare
Îmatură	acting out, blocarea, somatizarea, hipocondria, introspecția, comportament pasiv-agresiv, proiecția, regresia, retragerea autistă
Matură	altruism, anticipare, ascetism, umor, sublimare, supresie
Narcisiacă	negare, distorsiune, proiecție
Nevrotică	verificare, deplasare, disociație, externalizare, inhibiție, somatizare, intelectualizare, izolare, raționalizare, formație reactivă, reprimare, sexualizare

După cei mai mulți autori, debutul unei stări anxioase este totuși cel mai adesea declanșat de evenimente precipitante. Ipoteza biochimică se referă la sistemele GABA (acid gamaaminobutiric), care par să demonstreze implicarea neurotransmițătorilor în declanșarea anxietății. Neurofiziologia a demonstrat, prin studiile asupra diencefalului, sistemului limbic și substanței reticulate (JAMES, LANGE), participarea acestora la apariția reacțiilor emoționale, inclusiv a anxietății. Este recunoscut rolul important în special al sistemului septohipocampic, al nucleilor rafeului dorsal și locusului ceruleus. REDMOND (1979) demonstrează că stimularea locusului ceruleus produce la maimuțe o reacție asemănătoare fricii. Această zonă ar fi responsabilă de secreția a 70% din norepinefrina cerebrală. Este posibil ca interacțiunea sistemelor neurotransmițătoare GABA-ergice, noradrenergice și serotoninergice să fie implicate în apariția anxietății. Clonidina, substanța care limitează funcțiile sistemului noradrenergic, duce la o scădere parțială a anxietății, micșorând mai ales fluctuațiile acesteia, dar influențând mult mai puțin gravitatea ei (HOHEN-SARIC, Mc LEOD, 1983).

De aici se poate deduce o participare a acestui sistem mai ales ca amplificator al anxietății decât ca generator al acesteia. Până la recenta descoperire a unor antagoniști serotoninici (JANSSEN, 1983), nu s-a putut spune clar care este rolul acestui sistem în geneza anxietății. În momentul de față se poate afirma o legătură directă între inhibiția activității serotoninice cerebrale și reducerea anxietății.

Studiile comparative între tipurile comportamentale A și B (→ BIOTIP) au evidențiat faptul că la cei din prima categorie există un nivel crescut de epinefrină, norepinefrină și cortizol, atunci când fac un efort mental sau o criză de anxietate (WILLIAM, LANE, 1982). REYNOLDS și colaboratorii (1983), studiind efectele anxietății asupra somnului, au demonstrat existența unor tulburări ale ritmului somnului, discontinuități asemănătoare cu cele apărute la pacienții depresivi. Deși s-a adunat un număr enorm de date, nu se poate stabili la ora actuală un model complex psihofiziologic sau biochimic satisfăcător.

Tratamentul anxietății se aplică în funcție de contextul psihopatologic în care acesta apare (în psihoze, diferit de nevroze). Clinicianul trebuie să aprecieze, în fața fiecărui caz, oportunitatea utilizării sau asocierii celor două principii terapeutice de care dispune: psihofarmacologice și psihoterapice.

907. ANXIOASĂ — nevroză (fr. *anxieux*) ● Entitate nevrotică, discutabilă în opinia unor

autori (mai ales cei francezi), care preferă să vorbească de „stări anxioase”. Elementul semiologic central este anxietatea (*anxiety*, *anguish*, *uneasiness*, *malaise*, *angustia*, *Angst*), care capătă un contur mai precis din interferențele psihiatriei cu filozofia (1884, KIERKEGAARD), dar și cu medicina internă („nevroză cardiacă”, „nevroză vasomotorie”, „astenie neurocirculatorie”, „cord iritabil”). FREUD o desprinde din sfera neurasteniei, în care o inclusese BEARD, în 1869, și o descrie ca nevroză actuală (1894), alături de neurastenie și hipocondrie. El arată că există o insuficiență elaborare psihică, cu un factor de acumulare a energiei sexuale vacante, și dificultatea subiectului de a stăpâni această energie. Comparind-o cu isteria (cu care se combină frecvent, de altfel) susține că tensiunea generată la nivel somatic nu poate trece în psihic urmînd să se exteriorizeze tot la nivel somatic (în isterie, excitația psihică ia o cale falsă, cea a conversiei). Nevroza anxioasă apare ca entitate distinctă, cu o frecvență de 3–5% în rîndul populației generale și de 6–26% în cazul bolnavilor psihici, după GRAY, sau de 3–9% (împreună cu formele fobice), după BRÄUTIGAM.

Nevroza anxioasă este definită drept psihogenie caracterizată în primul rînd, prin prezența anxietății și a echivalențelor ei somatice, evoluind paroxistic și pe un fond intercritic particular tensionat.

Elemente definitorii. Sint reprezentate de elementele definitorii ale nevrozei (în general) la care se adaugă manifestările clinice majore ale anxietății (criza de anxietate, echivalențele somatice ale anxietății, anxietatea de așteptare).

Etiopatogenie. S-au formulat în acest sens cîteva teorii:

- constituționalistă: existența unei constituții anxioase pe plan somatopsihic
- comportamentală: condiționări patologice, culpabilitate sexuală, situații de abandon și separare, eșec sentimental, doliu, schimbări în situația socială, schimbarea domiciliului, situații considerate ca „pierderi de valori”
- psihanalitică: exces de stimulare psihică externă sau internă cu incapacitatea subiectului de elaborare psihică eficientă a energiei, deci de descărcare specifică a ei.

Diagnosticul pozitiv. Se face în prezența următoarelor elemente:

- Criza de anxietate (angoasa autorilor francezi): dispnee, palpitații, torcaldii, senzații de sufocare, greață, vertij, instabilitate, slăbiciune, derealizare (sentimentul irealului).

tegumente calde/rezi, parestezii, tremurături, frica de moarte iminentă, acțe necontrolate în timpul crizei.

● Echivalențele somatice (numai după excluderea unei afecțiuni organice însoțită de anxietate): cardiace, gastrointestinale, respiratorii, genito-urinare, sudorații, paroxistice, echivalențe neurologice (senzoriale/motorii), tulburări ale somnului, oboseală, epuizare.

● Așteptare anxioasă (anxietatea de așteptare sau tulburarea generalizată a anxietății) se manifestă prin minimum trei dintre următoarele categorii de semne :

- tensiune motorie : tremurături, sărituri, clătănături ale capului, mialgii, fatigabilitate, incapacitate de relaxare, clipitul pleoapelor, ridicarea sprincenelor, neliniște motorie ;
- hiperactivitate vegetativă : transpirații, tahicardie, extremități reci, uscăciunea gurii, grețuri, amețeli, parestezii ale extremităților, stomac greu, polakiurie, diaree, constricție faringiană, roșeața/paloearea feței, hiperpnee ;
- anticipare anxioasă : anxietate, grijă, frică, ruminăție și anticiparea unei nenorociri pentru sine sau pentru alții ;
- stare de „vigilență“ : hiperprosexie spontană și distractibilitate cu dificultate de concentrare, insomnie, instabilitate, nerăbdare.

Diagnosticul diferențial. Se face separat pentru :

- Criza de anxietate — prin caracterul ei dramatic, cu stări asemănătoare din : criza de angor, infarctul miocardic, embolia pulmonară, criza de astm bronșic, epilepsia temporală, hipertiroidia, vertijul labirintic, hipoglicemia, porfirie, tetania, intoxicația cu cofeină, carența de etiologie toxică.
- Echivalențele somatice — cu manifestările anxioase ale afecțiunilor organice (atenție la posibilul abuz de examene paraclinice, care pot amplifica anxietatea).
- Stările anxioase din alte boli psihice : alte nevroze (fobică, isterică, obsesional-compulsivă) ; schizofrenie (anxietatea este datorată mediului perceput ca ostil) ; melancolia anxioasă (diagnostic dificil și important pentru tratament : anxioliticele nu vor modifica depresia și riscul suicidar persistent ; antidepresivele agravează nevroză anxioasă. Se va ține cont de vîrstă — debut în jur de 40 de ani —, de antecedentele depressive personale și

familiale, de intensitatea mare a depresiei, de temele de devalorizare și culpabilitate).

- Stările demențiale — prin caracterul conferite de vîrstă, EEG, examene psihologice, examenul fundului de ochi.

Evoluția, este în general bună (10% vindecare completă, 20% cu persistența simptomelor invalidante, 70% cu sechele psihice minore sau pasagere).

Principiile de tratament. Se confundă cu principiile generale de tratament al nevrozelor. În plus, anxietatea reprezintă simptomul psihiatric cel mai sensibil la chimioterapie. Vizează în general, tratament profilactic comun ; tratament curativ ; tratament de fond ; între pusee ; psihoprofilaxie, chimioterapie (sedative, tranchilizante, neuroleptice sedative) ; nu se vor administra antidepresive, în special triciclice, care potențează anxietatea) și psihoterapie (relaxare, narcoanaliză, terapii comportamentale). Tratamentul crizei de anxietate : tranchilizante, neuroleptice sedative, suficiente investigații paraclinice, în scop de securizare.

908. ANXIOLETAS^(M) Spania — DCI *Mezprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamate, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anti-convulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenență“. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

909. ANXIOLIT^(M) Austria, Elveția — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 h) ; acțiunea sa este : sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

910. ANXIOLITICE ● Constituie o clasă de medicamente care au o foarte largă utilizare, nu numai în psihiatrie, ci și în aproape toate specialitățile medicale (unde sînt recomandate cu mai mult sau mai puțin discernămint).

Clasificare :

- propandiolii : meprobamat, tibamat etc. ;
- derivați de difenilmetan : hidroxizin, difenhidramina, benactizina (au și proprietăți antihistaminice) ;
- clormezanona ;
- benzodiazepine ;
- betablocante ;
- neuroleptice sedative (unele).

Larga utilizare a anxioliticelor se datorează faptului că anxietatea este un simptom constant, întâlnit atît în toată medicina somatică, cît și, practic, în toată psihopatologia. De multe ori, aceste droguri produc o ameliorare temporară a simptomelor, „mascindu-le”, dar fără a acționa asupra tulburării de bază. Astfel anxioliza se poate realiza cu medicamente care sedează și produc somn (barbiturice) cu antidepressivitate anxiolitică, cu neuroleptice sedative — toate acestea acționînd în primul rînd asupra altor simptome țintă, a căror „neutralizare” atrage după sine efectul menționat. Clasele enumerate mai sus se referă la medicamente anxiolitice care, în doze terapeutice, nu sedează și nu induc somnul. Clasele de medicamente sedative, hipnotice și anxiolitice se suprapun în mare parte din punctul de vedere al acțiunii lor, efectul fiecărui tip de produs farmaceutic variînd în funcție de boală, de tipul și intensitatea anxietății, de doza administrată. Alegerea anxioliticului se va face cît mai judicios, în funcție de caracteristicile individuale ale subiectului și de tipul simptomatologiei anxioase (predominant psihică/somatică, crize de panică etc.). Acțiunea anxioliticelor se exercită asupra a două componente : componenta internă — trăirea anxioasă, și cea externă — modificările de comportament și de structură a personalității. Indicația majoră a acestei clase de medicamente este reprezentată de anxietatea nevrotică și cea declanșată reactiv, a patologiei de stres, precum și cea din cadrul sindroamelor psihorganice. Anxioliticele au eficacitate și în depresiile ușoare, în stările disforice moderate, precum și în tratamentul fobiilor, balbismului, mai puțin în simptomatologia obsesională.

PROPANDIOLII. Cel mai folosit drog din această clasă este MEPROBAMATUL, sintetizat, în 1915, de către BERGER (care, de fapt, experimenta obținerea unui miorelaxant). Efectele asupra sistemului nervos central sînt asemănătoare barbituricelor : determină inducerea somnului, are efect anticonvulsivant puțin important (nu se folosește ca anticonvulsivant). Încă nu se știe dacă relaxarea muscu-

lară este secundară sedării sau dacă este un efect independent de acesta. Efectul dozelor terapeutice asupra sistemului nervos vegetativ sînt practic nule (poate apărea doar o ușoară hipotensiune). MEPROBAMATUL determină apariția toleranței metabolice și celulare, administrarea cronică a dozelor ducînd la creșterea toleranței și apariția dependenței, iar întreruperea declanșînd tulburările de sevraj (asemănătoare cu cele ale sevrajului barbituric).

TIBAMATUL are, față de MEPROBAMAT, avantajul că, prin acțiunea sa de scurtă durată, nu determină dependență. Absorbția se produce la nivelul tractului gastrointestinal, nivelul sanguin maxim apărînd după 2—3 ore de la ingestie, iar distribuția în organism nu este uniformă. Metabolizarea se face în hidroximeprobamat și derivați ai conjugării glucuronice ; eliminarea este pe cale renală și aproximativ 10% se elimină nemetabolizat. Este eficient în anxietatea apărută în tulburările de sevraj ale alcoolicii, anxietatea normală din anumite stări emoționale, anxietatea din nevroze și din afecțiunile somatice. Reacțiile adverse constau din : senzație de slăbiciune, greutate în vorbire, ușoare tulburări de vedere, greață, vărsături, ocazional hipotensiune și tahicardie. Poate da accidente alergice. Foarte rar poate determina leucopenie, trombocitopenie, agranulocitoză, anemie plastică ; exacerbează manifestările porfiriei. Supradozajul cu MEPROBAMAT și TIBAMAT determină instalarea comei, insuficiență respiratorie, edem pulmonar. Tratamentul constă în susținerea cardiorespiratorie. Utilizarea acestor droguri în asociere cu alte substanțe depresoare ale sistemului nervos central le potențează efectul. Principalii produși (DCI) : MEPROBAMAT, TIBAMAT.

DERIVAȚI DE DIFENILMETAN — hidroxizina (ATARAX, IDROSSIZINA, MASCRAN, PAMOZIN, PLACIDOL, VISTARIL). Sînt medicamente antihistaminice, antiemetice și sedative, cu efecte secundare minime și efect anxiolitic de scurtă durată, cu eficacitate în neuraștenie, nevroză depresivă și cenestopată, în sindromul psihorganic (ATARAXUL se folosește în stările de agitație determinate de interferențele alcoolice acute). Acțiunea durează 4—5 ore.

CLORMEZANONA — TRANCCPAL, depri-mă ușor funcțiile sistemului nervos central și produce relaxare musculară. Este folosit în anxietatea ușoară (evaluată ca atare prin scara Hamiltcn). Durata de acțiune este de 4—6 ore. Efectele secundare sînt ușoare, de tipul somnolenței, amețelii. Rar produce icter. Pot apărea erupții alergice, greață, vărsături.

BENZODIAZEPINE — cele mai utilizate tranchilizante (unul din zece americani utilizează benzodiazepine, cu sau fără prescripție medicală!), DIAZEPAMUL fiind cel mai folosit dintre toate drogurile existente. Precursorul chimic al benzodiazepinelor a fost sintetizat în 1933, iar prima benzodiazepină în 1955 (clordiazepoxid) și introdusă în psihochimioterapie în 1960. De atunci și pînă în prezent, au fost sintetizați peste 2000 derivați benzodiazepinici. Benzodiazepinele au acțiune anticonvulsivantă, de relaxare musculară, calmantă, anxiolitică și, indirect, hipnotică. Ele nu influențează ciclurile somnului, produc modificări EEG prin creșterea proporției undelor beta și scăderea ritmului alfa (ca și MEPROBAMATUL). Ridică pragul anticonvulsivant. Acțiunea lor se produce la nivelul sistemului limbic, impietînd asupra transmisiei impulsurilor între lobul amigdalian și hipocamp. Benzodiazepinele facilitează mecanismele sinaptice de inhibare a acidului gama-aminobutiric. Acțiunea lor farmacologică asupra sistemului nervos central este sedativă, puțin hipnotică, produc miorelaxare prin efect central (deprimă funcția circuitelor interneuronale de la nivelul substanței reticulare). Efectele lor asupra sistemului nervos periferic, în doze terapeutice, sînt minime, motiv pentru care pot fi folosite în afecțiunile cardio-respiratorii. Pot determina o ușoară scădere a tensiunii arteriale, a amplitudinii respiratorii și o ușoară insuficiență ventriculară stîngă (la o doză de aproximativ 60 mg). Folosirea cronică a benzodiazepinelor conduce la apariția toleranței celulare, determinînd, în final, dependența fizică, cu fenomene de sevraj, care apar la aproximativ o săptămînă după încetarea administrării (datorită metaboliților activi, care persistă și au timp de înjumătățire mare). Absorbția benzodiazepinelor la nivelul tractului gastrointestinal diferă de la un produs la altul:

- clordiazepoxidul este absorbit lent, timpul de înjumătățire este de 1—2 zile. Platoul concentrației sanguine nu se atinge decît după cîteva zile de tratament. Se metabolizează pe cale hepatică, numai o mică rată nemetabolizată este excretată urinar;
- diazepamul se absoarbe rapid și atinge concentrația sanguină de vîrf într-o oră și jumătate. Timpul de înjumătățire este de 2—8 zile. 70% este metabolizat hepatic, 25% este convertit în oxazepam;

- oxazepamul atinge concentrația plasmatică maximă la patru ore după administrare; timpul de înjumătățire este de 3—21 ore;
- clonazepamul se absoarbe repede și este metabolizat rapid în metil-diazepam. Excreția este lentă;
- prazepamul este absorbit lent și excretat lent;
- lorazepamul este absorbit rapid, concentrația plasmatică maximă se obține la două ore, timpul de înjumătățire este de 18 ore.

Diferențele de eficacitate clinică între diferitele benzodiazepine sînt destul de mici și se referă la timpul de acțiune și la durata în funcție de care se face alegerea drogului. În doze medii, toate induc somnul, iar în doze mici, au acțiune sedativă și anxiolitică. În cazul în care se urmărește obținerea inducerii somnului sau liza anxietății acute, se recomandă compuși cu absorbție rapidă (diazepamul sau clonazepamul). Pentru subiecții care percep efectele de torpoare ale dozelor unice, se recomandă produși cu absorbție lentă (prazepam, oxazepam, temazepam). În funcție de timpul de înjumătățire plasmatică, benzodiazepinele sînt:

- cu acțiune prelungită: clordiazepoxid, diazepam, prazepam, clonazepam, flurazepam. Se pot administra în doze zilnice unice. Eliminarea lentă după terminarea tratamentului determină persistența efectului;
- compuși cu acțiune scurtă-intermitentă: oxazepam, lorazepam, temazepam, triazolam.

Reacții adverse: toate produc scăderea performanțelor psihomotorii, senzoriale și cognitive, mai ales la bătrîni. Pot determina reacții paradoxale, cu anxietate, neliniște psihomotorie, excitație, accentuarea ostilității și agresivității. Erupecțiile cutanate, greața, leucopenia, disfuncțiile hepatice sînt rare. Dată fiind diferența mare dintre doza terapeutică și doza toxică, supradozajul determină intoxicații puțin severe, al căror tratament este numai de susținere a funcțiilor vitale.

Administrarea benzodiazepinelor împreună cu alte droguri depresoare ale sistemului nervos central determină o acțiune cumulativă, pentru evitarea căreia dozele trebuie reduse în funcție de asocierea care se face. Contraindicațiile benzodiazepinelor: hipersensibilitate la drog, vîrsta sub șase ani, glaucum, miastenienie, insuficiență respiratorie. Trebuie evitată folosirea benzodiazepinelor la subiecții care desfășoară activități necesitînd o perfectă

coordonare motorie și o vigilență crescută. Principalii produși sint (DCI): Clordiazepoxid, Clorazepate, Lorazepam, Medazepam, Oxazepam, Prazepam, Bromazepam, Clonazepam. Tratamentul prelungit cu anxiolitice determină dependență și tulburări de sevraj, astfel incit folosirea lui trebuie făcută pe perioade scurte de timp, paralel cu tratamentul necesar în-lăturării cauzelor care generează anxietatea. Inițierea, ca și intreruperea tratamentului vor fi progresive. Asocierea cu alte medicamente trebuie făcută cu prudență, intrucit este cunoscută interacțiunea dintre anxiolitice și anti-depresive, precum și cea cu anticoagulante și atropinice; în ceea ce privește asocierea cu alcoolul, se realizează o potențare reciprocă.

911. ANXIOS^(D) *delir* ● Termen folosit de unii autori pentru a se referi indeosebi la fondul clinic pe care se poate dezvolta un delir micromanic sau paranoic — termenul este însă puțin utilizat. Nu se poate preciza dacă starea de anxietate este cauza sau efectul producției delirante. În unele stări de delirium, producția onirică poate provoca subiectului o vie anxietate.

912. ANXIOS — *tip de personalitate* ● Persoană cu prag scăzut de declanșare a anxietății, care antrenează tendința obișnuită de a reacționa prin anxietate (ca trăire electivă față de situațiile cotidiene). Totuși acest tip de personalitate accentuată poate să nu ajungă niciodată la trăirea unui episod patologic anxios. Mecanismele de apărare împotriva anxietății ale anxiosului sint (după LADER): psihologice (negarea, represiunea, formația reacțională, proiecția și regresia), comportamentale (solicitarea de a fi liniștit de către anturaj, angajarea în activități distractive, deprinderi în care oralitatea are un rol major: fumatul, mestecatul gumei, alcoolofilia, consumul de droguri) și dezangajare (reverii, somn prelungit). Această trăsătură de personalitate se poate întilni în cadrul unor dizarmonii de personalitate de tip psihastenic, border-line.

913. ANXITOL^(M) Danemarca — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică, avind o singură contraindicație: miastenia.

914. ANXIUM^(M) Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. In-

dustria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

915. ANXON^(M) Anglia — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-1,3-oxazin/3,2-d//1,4/benzodiazepin-4,7(6H)-dionă, cu acțiune puternic anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină, copiilor și virstnicilor.

916. ANZEPAM^(M) R.F.G. ● Tranchilizant; derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM^(M), România.

917. AOLEPT^(M) R.F.G. — DCI *Periciazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/3-(4-dihidroxipiperidino)propil/fenotiazină-2-carbonitril; cu o bună toleranță. Indicat în: tulburări comportamentale ale adolescenților, virstnicilor, tratamentul de întreținere al psihozelor cronice și în combaterea algiiilor de origine centrală.

918. APACIL^(M) Portugalia — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, *delirium tremens*, unele forme de epilepsie, *petit mal*, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se intrerupe brusc, putindu-se produce un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

919. APALIC^(S) *sindrom* (cf. gr. *apalia* „slăbiciune, moleșeală”) ● Sindrom întilnit în traumatismele craniocerebrale grave, descris de către KRETSCHMER în 1940, ca o alterare permanentă de conștiință, în care perioadele de veghe alternează cu lungi perioade de somn. Subiectul ține ochii deschiși, fără să urmărească cu privirea și fără să clipească, nu are reacții emoționale și nu răspunde la stimulii obișnuiți din mediu. Reactivitatea motorie este primitivă, stereotipă — reflex de sugere, reflexul buldogului (ARSENI și DĂNĂILĂ), reflex de prehensiune, reflexul Marinescu-Radovici și tulburările vegetative se pot asocia cu sindroame extrapiramidale și sfincieriene. Leziunile difuze, multiple și variate interesează cortexul și nucleii bazali. Se mai poate întilni în arterioscleroza cerebrală și lues. Formele atipice se incadrează în sindromul dispalic.

920. **APARAT PSIHIC** ● Termen, care după LAPLANCHE și PONTALIS, subliniază cîteva caractere atribuite psihismului de teoria freudiană — dintre care se impun capacitatea de a transmite și transforma o energie determinată și diferențierea ei în sistem și instanțe.

Prima teorie în legătură cu aparatul psihic apare în lucrarea lui FREUD „Interpretarea viselor” (1906), în lumina căreia aparatul psihic se compune din două sisteme: Inconștientul și conștientul, între care este situată Cenzura. Conform acestei teorii, sistemul inconștient este sediul pulsuniilor innăscute, al dorințelor și amintirilor refulate. Dominate de principiul plăcerii, procesele primare se caracterizează printr-o energie liberă, care se condensează, tinde spre descărcare, fără raportarea la norme, rațiune, realitate. Sistemul conștient, caracterizat prin procesele secundare reglate de principiul realității, cuprinde operațiile mintale, achizițiile învățării. Energia proceselor secundare este „legată”, iar operațiile caracteristice sînt inhibiția pulsuniilor, adaptarea descărcării și adaptarea la realitate. Trecerea de la Inconștient în conștient este reglată de Cenzură, a cărei existență este motivată de conflictul dintre tendințele acceptate și cele refulate de subiect (deci judecate ca inacceptabile).

Între 1910—1920, pornind de la mecanismele de apărare ale Eului, prima teorie a aparatului psihic se dovedește insuficientă teoretic și practic. În lucrarea sa „Eul și Sinele” (1923) FREUD expune a doua teorie a aparatului psihic, care constă în distincția a trei sisteme sau instanțe ale personalității: Sine, Eu, Supraeu. Sinele se compune din pulsuniile innăscute și dorințe refulate. Procesele primare sînt supuse principiului plăcerii și nu cunosc timpul, relațiile cauzale și logice. Eul se dezvoltă ca diferențiere a aparatului psihic în contact cu realitatea exterioară. Dominată de principiul realității, activitatea Eului este conștientă (percepție externă, internă, procese intelectuale), preconștientă și inconștientă (mecanisme de apărare). Supraeul ia naștere din modificarea Eului prin interiorizarea forțelor represive și a normelor exterioare și își manifestă activitatea prin emoții și sentimente, ținînd de conștiința morală → SINE, EU, SUPRAEU, MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI.

921. **APARENȚA** (cf. lat. *apparere* „a apare”) ● Modul în care sînt reflectate obiectele și procesele în contactul senzorial-perceptiv nemijlocit și imaginea sensibilă a lucrurilor. Cunoaștere superficială a „exterionității” obiectului,

tului, aparența constituie adesea o reflectare deformată, inautentică a esenței, o sursă de iluzii și false certitudini empirice (de exemplu, mișcarea vizibilă a corpurilor cerești, apropierea șinelor de cale ferată etc.). Cu toate acestea, aparența nu este întotdeauna și intrutotul înșelătoare, ci poartă în sine și informații valabile, intrucît este un mod de manifestare a esenței în sfera sensibilității. Supusă reflecției critice, aparența se dovedește întotdeauna simptomatică, trădînd anumite proprietăți reale și definitorii ale obiectului reflectat.

922. **APAREUNIE** (cf. gr. *a-*; *para* „alături” și *eyne* „pat”) ● Imposibilitatea realizării complete a activității copulatorii (coitul). Dintre factorii congenitali sau dobîndiți care generează această tulburare sexuală la femei, amintim: himenul imperforat, absența congenitală a vaginului, septurile vaginale congenitale, stenozele genitale dobîndite în cursul vieții sexuale, vaginismul → DISPAREUNIE.

923. **APARKAZIN**^(M) Ungaria — DCI *Diethazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și al bolilor psihosomatice.

924. **APARNETIC**^(S) — *sindrom* (cf. gr. *aparnesis* „tăgăduire”) ● În 1934, A. GILLES descrie la bolnavii de tuberculoză o serie de manifestări psihice de intensitate redusă, ce pot îmbrăca forma unei ușoare excitații hipomaniacale, cu instabilitate, acte contradictorii, care ascund o atitudine de refuz față de boală, de tratament și de condiția de bolnav.

925. **APASCIL**^(M) Mexic — DCI *Meprobamate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Se poate folosi și în alcoolismul acut în care nu are efectul hipotensor al butirofenonelor sedative. Intoxicațiile accidentale se produc la doze de 4—6 gr și sînt grevate de riscul insuficienței circulatorii acute. În aceste cazuri tratamentul este diureza osmotică și epurarea extrarenală. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT**^(M).

926. **APATIE** (cf. gr. *apatheia* „insensibilitate”, indiferență) ● Literal, termenul denumeste atitudinea indiferentă față de viață și

lumea inconjurătoare. Etica stoică înțelege prin apatie starea celui ce și-a înăbușit pasiunile (ZENON), iar scepticul PYRTON susține că apatia este începutul înțelepciunii. Psihologia și psihiatria o definesc ca fiind o modificare a fondului dispoziției timice, caracterizată prin pierderea rezonanței afective, cu lipsa răspunsului la stimulii psihici obișnuiți, apărând ca o inerție psihică, dezinteres pentru ambianță și propria persoană. Apare, în grade diferite, în următoarele circumstanțe :

- Apatia constituțională, ce caracterizează indivizii care, prin însăși natura lor, sînt indolenți, indiferenți, nepăsători. Dacă acest fel de a fi se asociază cu debilitatea mintală, se realizează tipul de „debiu apatic”.
- În perioada crizei adolescenței, apatia poate apărea însoțind cortegiul simptomatic al lentorii psihomotorii, cu diminuarea energiei pulsionale, mutism, psi- vitate, neîncredere în sine.
- Apatia ca epifenomen poate apărea în insuficiența tiroidiană, hipofizară și corticosuprarenală.
- Apatia apărută în contextul diminuării funcțiilor psihice poate marca debutul stărilor confuzionale de etiologie infecțioasă (febra tifoidă) sau toxică (alcool, oxid de carbon). Apatia dispăre lent, putînd persista și în stadiul sechelar.
- Apatia instalată lent în perioada post-comoțională. Persistența ei impune investigații pentru a se stabili dacă există sau nu și o diminuare a funcțiilor intelectuale.
- Apatia prezentă în contextul tuburărilor psihice din hipertensiunea intracraniană, apărută în urma dezvoltării lente a tumorilor și hematoamelor intracraniene.
- Stările deficitare juvenile, în special demența precoce de tip Morel și stupeora catatonică, conțin apatia, drept element caracteristic. În schizofrenie, ea este determinată de detașarea subiectului de ambianță și retragerea într-o lume proprie. După KRAEPELIN, pe parcursul acestor afecțiuni se constată mai degrabă o sărăcire afectivă.
- Demențele organice — paralizia generală progresivă, arterioscleroza cerebrală — au o componentă de indiferență afectivă, care progresiv devine globală, apărînd chiar în formele simple ale acestor stări deficitare (demențele apatice) și fiind uneori camuflate prin supraviețuirea unor automatisme compor-

tamentale, ca afectarea lacrimogenă sau ilaritatea subită.

- Apatia ca simptom fidel al depresiei psihotice, cu debut la involuție — melancolia rigidificată descrisă de MEDOW — alături de inerție, bradipsihie, amimie și mutism.
- Pasager, apatia poate apărea în perioada ulterioară unei cure neuroleptice prelungite. În fine, MINKOWSKI descrie o formă aparte de apatie, care apare la prizonierii de război sau la deportații întorși acasă după mai mulți ani de captivitate.

Ameliorarea apatiei apare în urma tratamentului causal. Tratamentul simptomatic al apatiei este bazat pe psihotone și tonice generale. Electroșocul poate rezolva uneori rapid și spectaculos atît apatia, cît și cortegiul simptomatic care o însoțește.

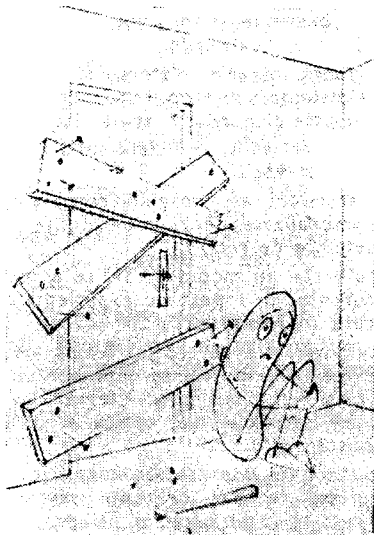
927. APATIC — tip (fr. *apathique*) ● În clasificarea lui HEYMANS și WIERSMA (tipologia psihofiziologică), apaticul este tipul non-Emotiv, non-Activ, Secundar, prezentînd următoarele caracteristici: orientarea spre închidere în sine, dar fără viață interioară bogată, dispoziție sumbră, păstrarea habitudinilor, tenacitate în conflict, dar neexprimată verbal, dificultate în a reconcilia un conflict, atracție pentru singurătate cu respingerea vieții sociale și a relațiilor de grup; apaticii sînt indiferenți, închiși, inactivi, reacționează lent, sînt taciturni.

928. APATO-AKINETO-ABULIC^(S) *sindrom* sin.
→ KLEIST^(S) *sindrom*.

929. APAURIN^(M) Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

930. APĂRARE (cf. lat. *apparare* „a pregăti, a dispune”) ● Totalitatea operațiilor avînd ca finalitate reducerea sau suprimarea acelor factori interni sau externi care pun în pericol integritatea bio-psiho-socială a individului, homeostazia acestuia. Psihanaliza a preluat acest concept biologic privitor la adaptativitatea organismului pentru păstrarea și conservarea integrității sale, dezvoltîndu-l în legătură cu Eul văzut ca instanță investită cu capacitatea reglatorie și autoreglatorie, cu funcție antientropică. Eul, în această viziune, menține adaptarea optimă a persoanei în realitatea lui

înconjurătoare. Termenul a fost folosit pentru prima oară în acest context de FREUD, în lucrarea sa „Psihonevrozele de apărare” (1894), cu sensul de revoltă a Eului împotriva reprezentărilor și afectelor neplăcute, chiar insupor-



tabile (acest sens va fi abandonat de autor, care va înlocui termenul cu cel de refulare). În lucrarea sa din 1926 („Hemmungssymptom und Angst”), FREUD consideră apărarea ca desemnând „toate procedeele de care se servește Eul în conflictele susceptibile de a conduce la o nevroză”, distingind-o clar de refulare, considerată doar „un mod bine determinat particular, de adaptare”. În afara refurării, sint descrise o serie de mecanisme de apărare care au fost sistematizate de Anna FREUD astfel : regresivitatea, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, proiecția, introjecția, întoarcerea către sine, transformarea în contrariu, sublimarea, schimbarea scopului instinctual. Mecanismele de apărare își modifică direct atât intensitatea, cât și modalitatea de manifestare, în raport cu amenințările, permițând Eului să joace rolul unui mediator activ. Exagerarea mecanismelor de apărare poate duce însă la perturbarea adaptării și la apariția simptomelor nevrotice. După unii autori, această teorie patogenică este similară cu cea a apariției bolii prin „supraadaptare la stress” (H. SELYE).

Terapia psihanalitică caută mijloacele prin care subiectul a realizat până la acel moment un echilibru, rigiditatea apărării ridicând problema eficacității curei. În timpul curei se urmărește ca subiectul să renunțe la apărare, lucru dificil de realizat, deoarece apărarea are tendința să ia în permanență alt aspect. Psihanaliza merge mai departe, afirmând că, atunci când mecanismele de apărare de tip nevrotic nu mai pot face față amenințărilor distructive la adresa sistemului psihic, Eul face apel la mecanisme de apărare de tip psihotic. Adaptarea se face în acest caz prin : clivaj obiectul și pulsional, refuzul realității, idealizare, reținerea trăirilor afective (M. KLEIN). Acest punct de vedere exagerează rolul pe care-l joacă psihogeneza în apariția fenomenelor psihopatologice, în special de tip psihotic. Dacă perspectiva psihanalitică ar putea avea o oarecare relevanță în ceea ce privește descrierea fenomenului, în privința rolului pe care îl au modificările biochimice, a gravității simptomatologiei, a căilor de abordare terapeutică, ea nu ajunge decât la o minimalizare inoperantă.

931. APĂRARE^(D) delir ● Delir secundar, unui delir de persecuție sau prejudiciu, constituit din amalgamarea tuturor ideilor și „dovezilor” care vin să demonstreze în dreptatea subiectului în cererile lui, fie in justiția care i se face. Uneori, conținutul termenului se poate referi la starea de sănătate mintală pe care subiectul și-o declară ca normală, aducând tot felul de dovezi ale faptului că „nu și-a pierdut mințile”. S-ar putea numi la fel de bine delir de justificare sau explicativ. Are tendința de sistematizare și persistă tot atât cât și delirul primar care l-a declanșat. Se întâlnește atât în schizofrenie, cât și în paranoia.

932. APĂRARE^(R) reflex ● Tip de reacție a organismului la orice stimulare care depășește pragul superior absolut (funcțional sau specific), pe linia intensității (generând senzații dure-roase), sau care acționează de durată asupra receptorilor senzoriali, conducând la declanșarea unor transformări cu caracter local, segmentar sau generalizat la nivelul zonei lezate, de natură să restabilească echilibrul morfofuncțional și să diminueze (sau să abolească) acțiunea sistemului nociv. Așadar, specificul reflexului de apărare constă în conservarea structural-funcțională a organismului, prin inhibarea tuturor celorlalte reflexe (în baza legii dominanței și exclusivității) și prin ansamblul actelor de evitare a factorilor nocivi

sau a eventualelor distrugerii. Acțiunea excesivă a mecanismului reflex de apărare determină dezechilibre în adaptarea organismelor la mediu.

933. APEDINE^(M) Australia — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valențe anorexigene. Utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHSTIMULENTE.

934. APEIROFOBIE^(F) (cf. g.: *apeiria* „infinitate” și *phobos* „frică”) ● Teamă excesivă, nejustificată, de infinit (în sensul perspectivei), înfrînută, alături de alte fobii, în nevroza obsesivo-fobică, la personalități psihastenice, în schizofrenie și în sindroamele preinvolute.

935. APERCEPȚIE (cf. lat. *ad* „la” și *perceptio* „cunoștință”) ● Termen introdus, în 1714, de către LEIBNIZ, care încearcă să concilieze pozițiile lui DESCARTES și LOCKE în ceea ce privește felul cum cunoaștem lumea. El susține că spiritul este înzestrat la naștere nu cu cunoașterea, ci cu virtualitatea acestei cunoașteri. Schimbarea de la o percepție la alta se face conform cu un principiu intern. Fiecare percepție conține, în mod obscur, universul, iar principiul intern o face să progreseze de la o percepție confuză, la una mai puțin confuză. KANT operează distincția între conștiința sensibilă, empirică (care însoțește diferitele reprezentări) și conștiința transcendentă, apercipientă pură care însoțește înțelegerea. WUNDT (1903) abandonează aceste sensuri filozofice ale apercipientei, definind-o ca reprezentare intrată în cimpul central al privirii (spre deosebire de percepție, care este orice reprezentare intrată în cimpul intern al privirii). El folosește termenul în psihologia experimentală, măsurind întinderea, adică numărul de obiecte care pot fi percepute în mod simultan, și durata apercipientei. Nu același este sensul dat termenului în descrierea apercipientei atematice halucinatorii; în acest caz, se adoptă sensul propus de HERBART, acela de proces bazal în domeniul acumulării de cunoștințe. Model al percepției, constituit prin acumulările selective succesive, rezultate din experiența anterioară, apercipienta permite identificarea unor obiecte sau situații noi. Experiențele prezente sunt comparate cu cele trecute și interpretate în așa fel încât capătă un înțeles personal, „aici și acum”, cu relevanță pentru trecutul și viitorul personal. Substratul anatomic pare a fi reprezentat de hipocamp și cortex; în sprijinul acestei afir-

mații vine faptul că, în cazul crizelor temporolimbice, apar tulburări perceptuale sub forma halucinațiilor și tulburărilor apercipientive (iluzii) sau a ambelor. PENFIELD și ROBERTSON descriu un răspuns perceptual și unul apercipientiv la stimularea cortexului temporal. Tulburările apercipientive asociate crizelor temporolimbice constituie sindromul iluzoriu ictal (BALIS), care poate cuprinde:

- tulburări vizuale; distorsiuni ale spațiului și distanței (macropsii, micropsii, deformări ale planurilor spațiale etc.);
- tulburări auditive; distorsiuni ale sunetului și vocii;
- distorsiuni ale imaginii corporale (depersonalizare, senzația de plutire sau de detașare de real);
- tulburări în modul de trăire a realității curente, în raport cu experiențele trecute (derealizare);
- tulburări ale percepției temporale, manifestate prin trăirea sentimentelor de „ca și cum” sau a dezintegrării temporale (sacadă sau oprire a „filmului existențial”);
- distorsiuni interpretativ-cognitive, trăite uneori ca idei delirante care irump brusc și au un caracter pasager.

936. APERCEPȚIE AUDITIVĂ CONGENITALĂ^(B) *boală* ^{sin.} → LEY^(B) *boală*.

937. APERCEPTIVE^(M) *halucinații* ● Termen folosit de KAHLBAUM pentru a descrie halucinațiile psihice.

938. APERSONALIZARE (cf. a- și fr. *personnaliser* „a întruhipa”) ● Termen creat de BINDER (1964) pentru a desemna depersonalizarea nevrotică văzută ca un deficit de responsabilitate matură de a se conduce în viață al subiecților. După M. LĂZĂRESCU (1973) personalizarea s-ar realiza până la vîrstă de 25 de ani, vîrstă la care subiectul nevrotic va păstra însă aceeași notă de imaturitate.

939. APERSONALIZAȚIE ● Termen acreditat de Ursula ȘCHIOPU pentru a desemna transpunerea trăirilor altora asupra propriei persoane.

940. APERT^(B) *sindrom* — sin. ACROCEFALOSINDACTILIE ● Boală ereditară cu transmisie autozomală dominantă, reprezentînd, după SMITH (1976), în marea majoritate a cazurilor, o mutație „de novo”. Cele două cazuri clasice au fost descrise, în 1904, de WHEATON; în 1906, APERT a numit acest

sindrom, pe care l-a descris la nouă bolnavi, acrocefalosingindactilie.

Întârzierea mintală, deși nu absolut obligatorie, este unul dintre semnele constante ale sindromului. La nivelul craniului se observă acrocefalie cu chanosinostoze neregulate, hipertelorism, strabism, fante palpebrale anti-mongoliene, insuficiența dezvoltare și deformări ale piramidei nazale (nas — „cioc de papagal”). **Boala palatină ogivală** poate prezenta și palatoschizis. La nivelul membrelor, se poate nota sindactilia cutanată și/sau osoasă.

Tratamentul neurochirurgical nu este indicat decât în cazurile cu hipertensiune intracraniană, efectul sinostozei asupra deficitului intelectual fiind discutabil.

Dintre factorii favorizanți în apariția cazurilor sporadice se semnalează vîrsta paternă înaintată.

941. **APESAN^(M)** Olanda — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamate, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Are o bună toleranță.

942. **APETIT** (cf. lat. *appetitus* „poftă, dorință”) ● Manifestare cu caracter diurn, ritmic; a instinctului alimentar, a cărui modificare excesivă are, cel mai adesea, o semnificație psihiatrică. Obiceiurile alimentare maschează, într-o oarecare măsură, rolul apetitului în comportamentul alimentar, fără însă a putea influența întru totul conduita alimentară, subordonată unei complexe reglări, în care cortexul, rinencefalul, substanța reticulată și hipotalamusul au funcții de coordonare. Stimularea metabolică este realizată mai ales prin nivelul glicemiei, cea psihosenzorială pe calea analizatorilor olfactivi, gustativi și vizuali, unii autori adăugînd și o stimulare interoceptivă (BERNARD). Tulburările apetitului alimentar însoțesc în mod nuanțat întreaga patologie psihiatrică. Astfel, în depresii, neurastenie, catatonie, psihoze alcoolice se observă o scădere pînă la dispariție a apetitului, în timp ce anorexia mintală este o circumstanță particulară a lipsei acestuia. Apetitul poate fi absent și în unele faze ale demenței, precum și în delirul acut (cînd ia aspectul de sitiofobie). O creștere patologică a apetitului, care poate lua chiar forme monstruoase, se înregistrează în manie, unele stări anxioase, în unele faze ale demenței, întîrzierea mintală, unele schizofrenii (în care îngerarea permanentă de hrană poate lua un aspect stereotip). În cea mai mare parte a cazurilor, obezitatea este considerată o boală

psihosomatică, în care creșterea apetitului ar putea fi condiționată de încercarea subiectului de a-și învinge unele dificultăți relaționale, de a-și rezolva unele frustrări. Prin accesibilitatea sa, apetitul rămîne un semn direct, legat esențial atît de nivelul biologic, cît și de cel psihologic al individului; el poate fi explorat nemijlocit și concret, oferind un bun indicator de evoluție în afecțiunile psihiatrice. Folosirea termenului de apetit în caracterizarea altor comportamente decît cel alimentar, ni se pare o forțare și o extrapolare vulgară a termenului (apetit sexual, apetit intelectual etc.).

943. **APIFOBIE^(P)** (cf. lat. *apis* „albină” și gr. *phobos* „frică”) ● Frică exagerată, nejustificată, de albine și este una dintre formele rare de fobii, avînd o frecvență mult mai redusă decît cea ce s-ar punea numi „apifilie” și în genere, ea constituie mai degrabă un punct de interes pentru rubricile de curiozități ale diverselor publicații decît pentru serviciile de psihiatrie.

944. **APILARNIL^(M)** România ● Medicament original românesc, cu acțiune roborantă și psihotonică, obținut prin liofilizarea extractului total de larve reproducătoare de albine (*Abetis mellifera*) și secreția liofilizată a acestora, conținînd o serie de substanțe active de tip hormonal, vitaminic, aminoacizi. Indicat în afecțiuni de tip astenic, tulburări de dinamică sexuală, stări de convalescență, insuficiență hormonală, dermatoite atopice.

945. **APILARNIL POTENT^(M)** România ● Produs original românesc, cu acțiune psihotonă, constituit dintr-o serie de substanțe considerate ca active în disfuncțiile sexuale masculine. Astfel, produsul conține Apilarnil, extract dehidratat de țelină, glicerofosfat de calciu, acid folic, metiltestosteron, papaverină. Se administrează în asteniile sexuale cu origine non-organică, în doze de 3—4 tablete/zi. Este contraindicat la subiecții cu afecțiuni hipertrofiante ale prostatei, hipertensiune arterială, insuficiențe cardiace și hepatice grave, ca și în anemiile severe.

946. **APILARNIL POTENT „Y”^(M)** România ● Derivat al Apilarnilului Potent, care conține în plus alcaloidul natural cu acțiune blocantă asupra receptorilor adrenomimetici — yohimbina. Prin această acțiune, produsul provoacă vasodilație în sfera genitală și creșterea tonusului parasimpatic al erecției. Indicațiile și posologia sînt asemănătoare cu cele ale produsului de bază. Se recomandă prudență deosebită în hipertensiunea arterială,

insuficiențele cardiace, hiperfuncție cortico-suprarenală.

947. **APILARNIL PROP**^(M) România ● Produs original, cu acțiune psihotropă, care conține, pe lângă principiile active ale Apilarnilului, produsul propolis. Indicațiile și posologia în psihiatrie sînt aceleași.

Toate produsele tip APILARNIL au fost testate în Centrul de Sănătate Mintală Titan București, buna lor toleranță, absența efectelor secundare conferindu-le o largă utilizare în afecțiunile menționate.

948. **APIQUEL**^(M) S.U.A. — DCI *Aminorex* ● Psihotrop de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazonol, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, cu efecte simpaticomimetice practic nule.

949. **APIRAN**^(M) Coreea — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-cloro-1-(4-metil-1-piperazinil) propilfenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginose și antispastice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **EMETIRAL**^(M).

950. **APLACASSE**^(M) Argentina — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

951. **APLAKIL**^(M) Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatiche mai rapide (4h) și acțiunea este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **OXA-ZEPAM**^(M).

952. **APLESTIE** (cf. gr. *aplestia* „dorință insașiabilă, insașiabilitate”) ^{sin.} → **ACORIE**.

953. **APLICAȚIILE LOGICII** ● Cea mai frecventă este îndrumarea gândirii spre o dezvoltare corectă, avînd ca rezultat o gândire clară, precisă, ordonată, necontradictorie, coerentă și întemeiată. În vederea atingerii acestui deziderat trebuie respectate regulile definirii, clarificării și argumentării corecte, reguli ce constituie condițiile obligatorii ale corectitudinii logice. Individizii sînt dotați nativ cu anumite înclinații, mai mari sau mai mici, spre o gândire logică. Formarea acesteia se constituie însă într-un proces mult mai

înelungat și mai laborios decît formarea limbajului și este de dorit să înceapă din copilăria timpurie. În situația cînd educația gândirii logice începe prea tîrziu, subiectul poate ajunge să cunoască regulile unei astfel de gândiri, dar nu mai poate dobîndi și îndemînarea utilizării curente a acestora, demersurile sale logice făcîndu-se cu efort, cu o mare risipă de energie psihică, ceea ce constituie o posibilă sursă de neurastenii. Un subiect cu gîndirea logică pe deplin constituită gîndește spontan logic, are capacitatea de a-și autocontrola voluntar logica propriei gîndiri și a informațiilor primite de la semenii în cursul relațiilor pe care le stabilește cu aceștia, favorizîndu-i o adaptare optimă. O altă aplicație importantă a logicii se referă la domeniul gîndirii științifice, care presupune prelucrarea informațiilor obiective culese din realitate. Gîndirea științifică este condiționată nu numai de existența unei gîndiri spontan-logice, ci a unei capacități de analiză logică conștientă și de reconstrucție logică. Riscul la acest nivel este ca gîndirea logică conceptuală să devină o manipulare formalistă a simbolurilor, să fie ruptă de realitate. Acolo unde contradicția formală ajunge să fie permisă, totul este permis. De aceea, orice contradicție (dialectică sau formală) trebuie mai întîi să fie îndită logic, necontradictorie.

Psihiatrul, ca și psihologul, cărora prin natura profesiei lor le revine deloc ușoara sarcină de a stabili corectitudinea logică a gîndirii celorlalți, prezintă o motivație în plus de a avea mai întîi ei înșiși o gîndire logică.

954. **APO-CARBAMAZEPINE**^(M) Canada — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz-*b*,*f*azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepressivă, antialergică, avînd indicații care decurg din aceste proprietăți. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (pericolul agranulocitozei). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

955. **APOCARTERESIS** (cf. gr. *apokarteresis* „sinucidere prin infometare”) ● Act suicidal realizat prin inaniție. Spre deosebire de raptusul suicidal, care este o manifestare paroxistică autoagresivă, sinuciderea prin infometare presupune premeditare. Personalitățile de tip isteric duc rareori pînă la capăt această acțiune, spre deosebire de depresivii endogeni, schizofrenii, hipocondriacii deliranți, care o pot realiza datorită prezenței delirului.

956. **APODEMIALGIE** (cf. gr. *apodemia* „călătorie în străinătate” și *algos* „durere”) ● Termen desemnând trăirea dureroasă a tendinței spre vagabondaj, fără ca subiectul cu antecedente de acest fel să mai treacă la act.

957. **APODORM**^(M) Danemarca, Norvegia, Suedia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn apropiat de cel fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NITRAZEPAM**^(M).

958. **APO-HALOPERIDOL**^(M) Canada — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirufenonic, de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidin-/4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → **BUTIROFENONE**.

959. **APOLINIC** (cf. gr. Apollon — zeu al muzicii, artelor și poeziei și originar, divinitate solară) ● Termen introdus și consacrat în filo-

zofia artei și a culturii de către NIETZSCHE, în lucrarea sa „Nașterea tragediei din spiritul muzicii”, 1872. Pus sub semnul lui Apollo, zeul luminii, al armoniei și echilibrului, personificând rigoarea, ordinea, claritatea gândirii și seninătatea contemplativă a visului, termenul caracterizează acel registru al creației spirituale ce instaurează măsura în calmă și frumoasă cumpănire, strunind cu hățurile rațiunii pornirile năvalnice ale simțurilor. În opoziție cu apolinic, dionisiacul reprezintă zonele tenebroase ale vieții sufletești, în care precumpănesc instinctele, pornirile iraționale și tumultul orgiastic al vitalității ce nu cunoaște măsura și ordinea, avîndu-și întruchiparea mitologică în Dyonisos, zeul beției extatice și al delirului mistic. Tensiunea dintre apolinic și dionisiac exprimă, așadar, opoziția dintre principiul formei echilibrate, al măsurii și ordinii, prin care se instituie finitudinea și individualitatea, pe de o parte, și principiul contrar, al dinamismului amorf, proteic, nesupus ordinii și măsurii, de cealaltă parte. După NIETZSCHE, din contopirea acestor principii opuse a luat naștere cea mai înaltă formă a creației artistice, tragedia greacă, în care delirul dionisiac se sublimă în rigoara contemplației apolinice.

960. **APOLLONSET**^(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM**^(M).

961. **APOLON**^(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3,4,5-acid trimetoxicinamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive și este un marcat hipotensor.

962. **APOMORFINĂ** — *cura de dezgus* ● Medicament prin a cărui administrare, se urmărește elaborarea și fixarea unui reflex condiționat negativ pentru ingestia de alcool. Metoda a fost introdusă de DENT (1930). Administrarea subcutanată de apomorfina în doze fracționate, urmată de ingestia unei mici cantități de alcool, produce vărsături repetate și senzație de disconfort. Metoda este mai puțin utilizată în prezent → **CURA DE DEZGUST, DISULFIRAM**.

963. **APONAL**^(M) Italia, Iugoslavia și **APONAL FORTE**^(M) R.F.G. — DCI *Doxepin* ● Anti-



Phidias

depresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic, de tip N, N-dimetilidibenz/b, e/oxepin- $\Delta^{11(6H)\gamma}$ -propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, ceea ce face pe unii autori să-l aprecieze drept un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN^(M).

964. APONEURON^(M) R.D.G. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (\pm)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizând un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central, și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia, poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

965. APO-OXAZEPAM^(M) Canada — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină. Are acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4h) și acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

966. APO-PERAM^(MC) Canada ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- AMITRIPTILINE^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic §
- PERFENAZINE^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

967. APOPLEXIE (cf. gr., lat. *apoplexia*) ● Pierdere totală și brutală a conștiinței, datorită unor leziuni vasculare cerebrale, ischemice, hemoragice sau mixte, determinate de afectarea primară sau secundară a unui sau a mai multor vase. În prezent, termenul tinde să cadă în desuetitudine, fiind înlocuit cu cel de ictus. Singura situație în care termenul de apoplexie își păstrează actualitatea este cea a accidentului ischemic tranzitoriu. Procesul

primar include leziuni congenitale sau dobândite ale pereților vasculari, cu modificări de structură sau lumen, ocluzii prin tromboze sau embolii, rupturi sau alterarea permeabilității peretelui. Procesul secundar se realizează în cadrul unor boli generale (embolii cardiace, modificări ale tensiunii arteriale, vasculite sistemice etc.).

Clasificarea adoptată de OMS se referă sintetic la:

- Ischemia cerebrală:
 - forma acută cu manifestări localizate § accidentul (atacul) ischemic tranzitor, constituit, în evoluție, sechelar §
 - forme clinice cu manifestări difuze și cronice: arterioscleroză cerebrală, encefalopatia hipertensivă, encefalopatia dismetabolică, cu răsunet asupra metabolismului energetic, encefalopatia portală, diabetică.
- Hemoragii intracraniene:
 - hemoragia cerebrală §
 - hemoragia subarahnoidiană §
 - hematoamele intracraniene: hematomul extradural, sub- și intradural, intracerebral.

Redăm succint simptomatologia ictusului, încercând să reliefăm și repere de diagnostic diferențial în hemoragia și ischemia cerebrală:

Simptomatologia psihică în tulburările circulatorii de focar include:

- comă în grade diferite, după severitatea lezării sistemului reticular ascendent §
- sindroame diskinetice, cu excitație psihomotorie, mutism akinetic, stări cataleptice, în leziuni ce afectează trunchiul cerebral §
- sindroame demențiale cu tulburări amnestice, în leziunile hipocampice. Sindroamele demențiale postictale au aspectul demenței arteriosclerotice §
- tulburări de afectivitate, mai ales la virstnici, la care accidentul vascular apare pe fondul unei modificări vasculare difuze. Apar modificări ale personalității subiectului, determinate de invaliditatea produsă prin accident și de teama ca acesta să nu se repete.

Tulburările psihice după hemoragii sau tromboze au o tendință mai puternică de permanentizare, iar cele secundare emboliilor sint, în genere, regresive. Stări cataleptice, delir, halucinații apar în trombozele sinusului sagital superior. Angioamele produc sindroame pseudodemențiale, cu sau fără crize epileptice și modificări psihice caracteristice comițialității în care uneori primul simptom este ictusul. Aneurismele cerebrale, prin repetare,

Tabel nr. XXIII

	Hemoragie	Ischemie
Debut	<ul style="list-style-type: none"> ● precedat de cefalee puternică ● comă brutală de la început ● mai frecvent în cursul zilei 	<ul style="list-style-type: none"> ● ictusuri anterioare ● tulburări de conștiință, se instalează treptat și comă superficială tranzitorie ● mai frecvent în cursul nopții
Bradycardie	+	—
Midriază ipsilaterală	+	—
Semne meningeale	+	—
Contractura musculară precoce	+	—
Babinski bilateral pozitiv	++	+
Semne de inundație ventriculară	+	—
Hipertermie centrală	+	—
Lichid cefalorahidian	prezența elementelor sanguine	—
EEG	modificări extinse difuze	modificări limitate

produc ictus și postoperator, sechelele pot merge pînă la pseudodemență. Intensitatea tulburărilor psihice în anevrismele cerebrale depinde de sediul leziunii, de durata spasmului arterial și de gradul de arterioscleroză concomitentă.

968. APOPLON^(M) Japonia — DCI Reserpina ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

969. APO-PROPRANOLOL^(M) Canada — DCI Propranolol ● Psihotrop betablocant, derivat propranolol de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenergice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL^(M).

970. APOREPIN^(M) Japonia — DCI Rescinnamină ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinamic esterificat, reserpina cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive și este un marcat hipotensor.

971. APORIE (cf. gr. *aporía* „dificultate, nesiguranță”) ● Problemă greu sau imposibil de soluționat, impas al rațiunii, condamnate să ezite perpetuu în fața unor soluții alternative, fără un criteriu valabil de decizie. Au devenit celebre aporiile lui ZENON și absolutizînd discontinuitatea mișcării, filozoful eleat a fost logic constrins să declare fenomenul deplasării în spațiu drept o aberație de neconceput, aparență înșelătoare a simțurilor. De fapt, ZENON a sesizat incapacitatea de reprezentare a infinitului mare sau mic. Aporiile rămîn în istoria filozofiei, ca și a spiritului uman, drept culmi ale capacității minții omenitești de a se autoanaliza prin analiza realului.

Aforistic s-ar putea spune că, pentru nevrotic, problematica existențială este o aporie, pentru dizarmonic, orice problemă se transformă în aporie, iar pentru psihotic, orice rezolvare întîmpină dificultățile unei aporii.

972. APOSTEME (cf. gr. *apostema* „abcès”) ● Grupă de boli care provoacă tulburări mintale (frenzie sau letargie) prin inflamarea unei părți a creierului (substanță sau membrană) și a fost descrisă ca atare de AVICENA, în lucrarea sa „Canon”, cap. III. Asimilarea contemporană a apostemelor cu meningoencefalitele pledează încă o dată pentru extraordinarul simț clinic al medicului arab.

973. **A POSTERIORI** (expresie latină cu semnificația „din ceea ce urmează”) ● Termen utilizat de KANT pentru a desemna cunoștințele provenite din experiență (în opoziție cu cunoștințele „a priori”, independente de experiență), și prin aceasta singurele care ar face posibilă cunoașterea autentică → A PRIORI.

974. **APOSTIE** (cf. gr. *apo* „din” și *sitos* „aliment”) ● Senzație de dezgust marcat față de hrană, generind o repulsie care se produce chiar la reprezentarea mentală a alimentelor.

975. **APOTEMNOFILIE** (cf. gr. *apotemnein* „a tăia” și *philia* „prietenie, afecțiune”) — sin. **PARAFILIA AMPUTATORIE** ● Parafilie rară, dar extrem de periculoasă pentru partenerul sexual, avînd drept consecință amputarea unei părți a piciorului acestuia, în circumstanțe legate de obținerea plăcerii sexuale. Se notează uneori și compulsiunea subiectului parafilic spre auto-amputarea unui membru. Explicațiile psihanalitice ale acestei parafilii sînt confuze, ele pîrînd mai degrabă legate de sim-bolistica schizofrenă.

976. **APOTERIN**^(M) Japonia ● Neuroleptic sedativ — derivat alcaloid de *Rauwolfia* →
sin. **APOREIN**^(M).

977. **A-POXIDE**^(M) S.U.A. — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON**^(M).

978. **APOZEPAM**^(M) Suedia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM**^(M).

979. **APPETITZÜGLER**^(M) Elveția — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-(α -metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității, consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → **PSIHOSTIMULENTE**.

980. **APRACTOFAGIE** (cf. gf. *apraktos* „fără rezultat, zadarnic” și *phagein* „a înghiți”) ● Apraxia deglutiției →
sin. **AFAGOPRAXIE**.

981. **APRACTOGNOZIE GEOMETRICĂ** (cf. gr. *apraktos* și *gnosis* „cunoaștere”) — sin. **APRACTOGNOZIA LHÉRMITTE** ● Formă particulară constînd din asocierea agnoziei vizuale cu tulburări de recunoaștere și orientare în spațiu a figurilor geometrice. Este considerată drept expresie a leziunilor, bilaterale sau unilaterale, stingi, de lob occipital.

982. **APRAGMATISM** (cf. gr. *a-* și *pragma* „acțiune, activitate”) ● Tulburare a activității voluntare, constînd în diminuarea pînă la dispariție a capacității de a întreprinde o acțiune coerentă, eficientă și în conformitate cu scopul propus. Imposibilitatea de a acționa coerent, incapacitatea de a duce la bun sfîrșit acte elementare pe care le reclamă existența zilnică reflectă, pe plan pragmatic, un deficit valoric, în sens calitativ și cantitativ. În sfera personalității, apragmatismul semnifică un dezinteres total pentru relații sexuale. Este necesar să fie diferențiat de: lentoarea psihomotorie din depresia majoră, deficitul motor consecutiv leziunii organice și de perturbarea funcțiilor de conceptualizare a actului. Se întîlnește atît în cazul structurilor dizarmonice de tip psihastenic, ca urmare a îndoielii și nehotărîrii permanente în alegerea soluției, reprezentate permanent de ipoteze contradictorii, ceea ce determină perturbarea activității motorii, cit și în schizofrenie, ca urmare directă a disociației intrapsihice caracteristice, sau în formele de debut ale demențelor.

983. **APRAXIE** (cf. gr. *a-* și *praxis* „acțiune, act, activitate”) ● Imposibilitatea de a executa acte motorii simple sau complexe în vederea atingerii unui scop, în condițiile: existenței unei experiențe și absenței atît a deficitului motor sau senzitiv, cit și a actelor involuntare, care să paraziteze mișcarea. Activitatea, mișcarea (praxiile) sînt acte complexe realizate prin funcția de integrare corticală. Ar putea fi împărțite schematic în: motorii (cele care cuprind gesturi simple — mișcări de imitare) și ideo-motorii (cele ce cuprind acte motorii mai complexe, dispuse într-o anumită suită). Un act complex poate fi pierdut în totalitate sau numai parțial (segmente ale sale), dar este necesar să se țină seama de eventualitatea reminiscentei unor automatisme, care pot masca o bună perioadă de timp o apraxie. Examenul clinic va căuta să evidențieze imposibilitatea efectuării unui act motor și, în general, este mai laborios decît pare la prima vedere.

Considerate tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii, care la rîndul lor diferă prin complexitate și localizare, apraxiile

pot fi grupate în trei clase principale : globale, specifice unei funcții, localizate (VOICULESCU). Vom prezenta apraxiile după următoarea schemă de clasificare :

● **Apraxia ideatorie** : lipsa planului general de execuție a unui act complex, cu păstrarea capacității de a executa actele simple care îl compun. Nu se mai poate realiza suita deși semnificația este cunoscută și subiectul dă impresia unui „om distrat”.

● **Apraxia motorie** : poate fi împărțită în :

● **apraxia ideo-motorie**, tradusă printr-o tulburare a mișcării în sensul de a nu se putea executa acte complexe la comandă (întoarcerea ceasului, încheierea nasturilor unei haine), subiectul executând mișcări inutile, nesigure, repetate și subiectul oferă imaginea unui ataxic, deoarece automatismele sunt păstrate, actele putând fi executate automat în timpul activității curente și

● **apraxie melokinetică**, acceptată mai mult ca o limitare a spontaneității motorii și este greu de diferențiat de apraxia ideo-motorie.

● **Apraxia constructivă sau optică** : defect în construcția formelor geometrice, ca și al armoniei scrisului, desenului, al relației dintre elemente și spațiu (așezare în pagină, spațiul dintre litere sau cuvinte), în genere, nerespectarea elementelor spațiale.

Apraxiile sunt întâlnite în psihiatria organică, în demențe prezenile, boala Pick, Alzheimer și au valoare în asociere cu alte elemente clinice.

984. APRAXIE BIMANUALĂ: BROWN

● Descrisă relativ recent (1972), se referă la dificultăți în realizarea unor activități în care este solicitată participarea ambelor mâini. Activitatea separată a fiecărei mâini nu pare să fie afectată. Cauza acestei apraxii nu este încă definitiv elucidată.

985. APRAXIE (DE) ÎMBRĂCARE ● Tip de apraxie descris de BRAIN, în 1941 (deși, cu 20 de ani înainte, P. MARIE și colaboratorii o descrieseră în cadrul planotopokineziei). Este caracterizată prin dificultatea sau chiar imposibilitatea subiectului de a-și pune corect veșmintele pe corp. HECAEN și AJURIA-GUERRA opiniază că este vorba despre o leziune retrorolandică dreaptă.

986. APRAXIE (A) MERSULUI GERSTMAN

— sin. BLOCQ^(B) boala ^{sin.} → ASTAZO-ABAZIE.

987. APRECIERE (cf. fr. *apprécier*) ● Atitudine de receptare, omologare și ierarhizare a unei persoane, fapte, situații, etape, în funcție de unul sau mai mulți parametri, raportați la principii, idealuri, criterii, istorice și socialmente constituite, depinzând de poziția, interesele și aspirațiile grupului social reprezentat de persoana care face aprecierea. Aprecierea este obiectiv condiționată de contextul socio-istoric, de cîmpul ideologic în care se produce și își găsește expresia adecvată în judecățile de valoare și de gust. În fond, prin apreciere se realizează compararea atributelor unei persoane sau ale unui eveniment cu ale altor persoane/evenimente, ceea ce permite o asimilare/identificare cu compararea statistico-matematică, în care se analizează atributele unei variante în raport cu o altă variantă sau cu restul variantelor. Singura deosebire — este drept, cu consecințe — o constituie faptul că, în cazul comparării matematice, variantele sunt neutre, pe cînd în cazul aprecierii, una dintre variantele cu care se realizează comparația este cea a subiectului care efectuează aprecierea, el raportînd celelalte persoane la propria sa persoană, iar evenimentele și faptele la felul cum ar fi procedat dacă ar fi fost direct implicat. Situația este susceptibilă să genereze o îndepărtare mai mare sau mai mică de obiectiv.

● **Autoaprecierea** se referă la atitudinea de apreciere a propriei persoane, apreciere care este făcută în funcție de imaginea despre sine pe care subiectul o are, raportată la grupul social din care face parte, la idealurile și aspirațiile proprii, integrate (sau nu) în contextul socio-istoric pe care îl trăiește. Ca judecată de valoare, autoaprecierea apare deci ca o încercare de omologare și ierarhizare cât mai corectă a propriei persoane în contextul unei adaptări sociale armonioase. Ea depinde de numeroși factori, care, la rîndul lor, pot constitui surse de eroare :

- imaginea despre sine a subiectului și
- idealurile și aspirațiile proprii și
- gradul de integrare în grup în raport cu condițiile social-istorice date și
- tipul de personalitate al subiectului și
- motivele, scopul și momentul în care se efectuează și
- nivelul de informare și experiență a subiectului și
- posibilitatea efectuării unor raționamente greșite.

În aceste condiții, este dificil — fără a exclude posibilitatea, cel puțin matematică — să se ajungă la obținerea unei autoaprecieri obiective. Enunțăm câteva distorsiuni ale re-

zultatului final, ținând seama numai de unul dintre parametrii enumerați (personalitatea).

Autoaprecierea capătă un caracter de auto-laudă, de exagerare a pozitivului, la personalități care își arogă valențe, aptitudini, talente, inteligență deosebită pe care, deși nu le posedă, le doresc recunoscute, ca de exemplu, personalitățile paranoice, histrionice, hipertime pozitive. Evident, forma și conținutul demonstrației vor fi proprii fiecăreia: în timp ce paranoicul va începe și va duce o luptă acerbă pentru a i se recunoaște calitățile deosebite, devenind un aprig acuzator al celor ce nu i le recunosc, histrionicul va încerca să demonstreze într-un mod teatral, bombastic și artificial (dar pe care el îl consideră atrăgător) că are calități pentru care merită o afecțiune și o stimă deosebite și pentru hipertimul pozitiv, autolauda nu constituie nici luptă și nici demonstrație, dată fiind superficialitatea lui, iar aprecierea din partea celorlalți este privită ca un lucru natural, de la sine înțeles. La polul opus se situează autoaprecierea negativă, care merge pînă la depreciere, la personalitățile ce își neagă propriile valențe și aptitudini, din cauza lipsei de încredere în sine, conducind spre lipsa de încredere în tot și în toate, conștient și inconștient, de incapacitate de luptă permanentă sau de moment, de adaptare armonioasă. Acesta este cazul personalităților depresive și de tip psihastenice.

988. **APREHENSIUNE** (fr. *appréhension* „teamă vagă” și cf. lat. *apprehendere* „a apuca, a cuprinde”) ● Stare afectivă de tipul anxietății, de care diferă nu atât prin intensitate, cât prin circumscrierea precisă și prezența în situații bine determinate de expectanță, ambiguitate, inedit, iminența unui pericol.

989. **A PRIORI** (expresie latină cu semnificația „din ceea ce precedă”) ● Termen utilizat de KANT pentru desemnarea anumitor forme ale cunoașterii (numite de el — apriorice) ce sînt independente de experiență — nu decurg din aceasta, dar o pot condiționa. Nu este lipsit de interes psihiatric nici caracterul aprioric pe care KANT îl atribuie timpului, spațiului și cauzalității.

990. **APRIORISM** (cf. *a priori*) ● Concepție gnoseologică idealistă, avîndu-l ca reprezentant clasic pe KANT, axată pe ideea că ansamblul cunoștințelor dobîndite prin experiență se fundamentează pe anumite idei care precedă și fac posibilă experiența. Deși conduce la agnosticism, apriorismul are meritul de a fi sesizat și formulat ca problemă rolul activ,

constructiv, al subiectului în cunoaștere, depășind opoziția dintre gnoseologiile contemplativiste — empirismul și raționalismul modern.

991. **APROBAL**^(M) Japonia — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicină psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

992. **APROBATIVITATE** ^{sin.} → MONNEROT-DUMAINE^(S) sindrom.

993. **APROSEXIE** (cf. gr. *aprosēxia* „neatenție, neglijență”) ● Lipsa atenției voluntare și deci a capacității de dirijare a activității psihice, atrăgînd după sine deficiențe în gândire, memorie, afectivitate, scăderea globală a orientării. A fost descrisă de CHAVIGNY ca sechelă postconfuzională la răniți, în timpul primului război mondial. Trebuie diferențiată de hipoprosexie care semnifică o diminuare în diferite grade a atenției (în surmenaj, stări anxioase, depresie, stări defectuale, deteriorative). În prezent, termenul este folosit numai pentru cazul în care subiectul cu această gravă tulburare este lucid, nu prezintă modificări cantitative ale stării de conștiință. Astfel, aprosexia se întilnește în idiotie, imbecilitate, stări demențiale avansate. În depresia melancolică, aprosexia apare ca o retragere a subiectului în propria sa durere morală, cu detașarea de ambianță. Abolirea completă a atenției voluntare, însoțită de o mare instabilitate a atenției spontane, apare în manie. Pe acest fond, se pot produce falsele recunoașteri. În schizofrenie, atenția voluntară este aproape nulă, iar atenția spontană restrînsă la evenimente care au strictă referință la instinctele elementare. De multe ori, însă, poate fi vorba de o aprosexie mai mult aparentă decît reală. P. JANET descrie o diminuare a atenției voluntare la personalitățile psihastenice. Altele, aprosexia poate masca o formă discretă de afazie, apraxie sau agnozie la debut.

994. **APROZODIE** (cf. gr. *a-* și lat. *prosodia* „accent”) ● Termen introdus de MONRAD-KROHN pentru a desemna alterarea profundă a melodicității vorbirii, care, lipsită de inflexiunile și intonațiile sale normale, capătă un caracter uniform și monoton și se întilnește în boala Parkinson, sindromul parkinsonian, în schizofrenie, epilepsie și intoxicații cronice cu depresoare ale sistemului nervos central.

995. **APSEDON**^(M) Spania — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip p-clor-α, α-dimetilfene-

tilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

996. APSIHIE (cf. gr. *a-* și *psyche* „spirit; suflet”) ● Termen utilizat tot mai rar, pentru a desemna absența activității psihice — situație întâlnită doar în stările de comă.

997. APSIHOGNOZIE (cf. gr. *a-* și *psyche* și *gnosis* „cunoaștere”) ● Descrisă în 1963 de FOUQUET, circumscrie pierderea conștiinței valorice a propriei personalități, în legătură cu deteriorarea ce are loc la nivelul psihismului și al relațiilor subiectului cu semenii săi, în cazul toxicofilicului (alcoolism, droguri). Degradarea personalității nu este în nici un caz recunoscută de acesta ca fiind o consecință a „filiei” sale patologice și obișnuința consumului se perpetuează abuziv și, implicit, îl coboară și mai mult pe subiect pe scara autodistrugerii.

998. APSITRIE (cf. gr. *a-* și *psithyrizein* „a șopti”) ● Denumire dată unui grad ridicat de mutism isteric sau afonie isterică.

999. A.P.T.⁽²⁾ ● Baterie de teste psihologice cunoscute sub numele de „Academic Promise Test”, elaborată de G. BENNET și colaboratorii în 1961, cu rol de evaluare a aptitudinilor diferențiale (factori verbali și numerici) și de predicție a succesului școlar pentru elevii între 12—15 ani. Bateria este structurată în patru tipuri de teste, axate pe factori numerici (raționamente abstracte) și de verbalitate.

1 000. APTIALE (cf. gr. *a-* și *ptyalon* „salivă”)
— sin. APTIALISM și ACRINIE SALIVARĂ → ASIALIE.

1 001. APTIN^(M) Austria, Italia, R.F.G.; APTINA^(M) Spania, Suedia, Turcia și APTINE^(M) Franța, Grecia, Olanda — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropil-amino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, medicina psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

1 002. APTITUDINE (cf. lat. lit. *aptitudo* „pricepere de a face ceva”) ● Structură sintetică de procese și însușiri psihofizice, care mediază operațional-instrumental reușita sau performanța într-o activitate. Psihologia anglo-saxonă desemnează deopotrivă aptitudinea și capacitatea prin termenii „skill” sau „ability”. În fapt, aptitudinea se verifică în diferitele

forme de activitate, dobândind titulatura de capacitate, „singura ce poate fi evaluată nemijlocit, aptitudinea fiind doar o virtualitate” (H. PIERON). Aptitudinea depășește deprinderea, prin valențele calitative și mai marea sa mobilitate. A. BINET aprecia aptitudinea ca nivel funcțional al psihicului și G. KELLY o considera un „construct” de operații, iar KOVALEV și MEASISCEV o defineau ca „expresie a corespondenței dintre cerințele unei activități și complexul de însușiri neuropsihice ale omului, corespondență care asigură o înaltă productivitate cantitativ-calitativă și perfecționarea facilă a activității respective... mai bine decît la omul obișnuit”. Aptitudinea se apreciază după criteriul performanțelor supramedii și al specificității și se manifestă precoce, cîștigînd continuu în calitatea performanței. Aptitudinile se formează în ontogeneză (pînă în jurul vîrstei de 9—10 ani sînt nediferențiate, precizîndu-se treptat), în funcție de condițiile favorabile de mediu, ocupație, instrucție și educație, avînd la bază anumite premise native (tip de personalitate, particularități ale analizatorilor, dispoziții preoperatoriale etc.) care însă, așa cum arătau și B. TEPLOV și S. L. RUBINSTEIN, sînt generice, putînd intra în structura unor aptitudini variate. F. GALTON stabilea o relație necesară a aptitudinii și talentului cu dotarea ereditară. Ereditatea sau dispozițiile individuale native constituie însă numai una dintre condițiile procesului complex de formare a aptitudinilor. Pentru ca ele să se formeze și să se dezvolte este necesară o activitate intensă și organizată în domeniul respectiv, însușirea unor cunoștințe și deprinderi adecvate. Precizarea aptitudinilor și diferențierea lor depinde de influențele social-educative, de interesele individului, de activitatea de specializare. Aptitudinile se pot manifesta și tardiv, fără însă ca în aceste cazuri să se poată nega premisele native. După cum bine se cunoaște, în cele mai multe domenii ale științei, lucrările cele mai valoroase au fost elaborate între 30—50 ani. În structura personalității, aptitudinile se organizează într-un complex ierarhizat și întotdeauna original, ca sursă de diferențiere individuală. Există în literatură numeroase încercări de clasificare a aptitudinilor și după domeniul căruia îi aparțin, se pot distinge aptitudini: intelectuale, senzoriale, motorii etc. REVESZ (1946) a clasificat înzestrările native în patru categorii de funcții: reproductive, aplicative, interpretative și productive. Primele două categorii pot fi îndeplinite și de persoane subnormale și următoarele caracterizează numai oamenii de talent. Din

punctul de vedere al înzestrării generale, aptitudinile au fost clasificate în : specifice și complexe (aptitudini matematice, muzicale, literare, plastice și, respectiv, talentul filozofic, lingvistic, tehnic etc.). Aptitudinile au fost

în plan mintal și aptitudini mnezice și aptitudini perceptive și după timpul mișcării. O aptitudine izolată nu poate să asigure singură succesul într-o activitate, oricât de dezvoltată ar fi ea, după cum nici absența unei aptitudini



Foto : Crosses

amplu studiate prin analiză factorială, care a pus în evidență constelații sau structuri simple și complexe de aptitudini. SPEARMAN a introdus noțiunile de factor general (G) și factori speciali (S). Majoritatea autorilor identifică aptitudinea G cu inteligența (excepții : SANCH — cogniția și BURT — atenția și WOODWORTH — voința). Alt promotor al teoriei multifactoriale, L. THURSTONE, introduce conceptul de factori de grup care sînt implicați într-un anumit gen de activități și sarcini. Autorul determină opt factori desemnînd aptitudini intelectuale primare, care sînt : înțelegerea, percepția rapidă, gîndirea inductivă și deductivă, memoria, spațialitatea, raționamentul numeric și fluiditatea verbală. R. MELLİ adaugă factorii de complexitate, de întîndere și combinatorică liberă a gîndirii și J. GUILFORD propune ca factori de grup : flexibilitatea, fluiditatea, originalitatea și elaborarea și P. VERNON sesizează factorul K (spațial-mecanic) și T. KELLEY, din perspectiva genetică, atrage atenția asupra variatelor interferențe dintre factori și consideră că în constituția lui G intră factori eterogeni. El grupează aptitudinile în : aptitudini de operare cu relații spațiale și aptitudini de operare cu relații numerice și aptitudini de operare

nu poate constitui o piedică pentru desfășurarea cu succes a altei activități. Aptitudinile se combină și interacționează, se compensează și se sprijină reciproc în desfășurarea diferitelor activități.

Cunoașterea aptitudinilor, determinarea nivelului lor de dezvoltare la un moment dat sau la un anumit subiect, orientarea și selecția profesională reprezintă necesități imperioase, la care psihologii au răspuns elaborînd un număr mare de metode științifice. Analiza produselor activității, bateriile analitice de testare a aptitudinilor, testele de aptitudini speciale (tehnice, artistice etc.) sînt cîteva exemple în această direcție. Exemple de teste utilizate în evaluarea aptitudinilor artistice sînt : testul de talent muzical C. E. SEASHOVE, testul de inteligență muzicală al lui WING și „the Horn Art Aptitude Inventory”, testul de apreciere artistică MEIER și bateriile DAT, FACT, GABT etc. Se cere totuși mare prudență, de exemplu, în considerarea rezultatelor școlare slabe ale elevilor, drept un indiciu al absenței unor aptitudini NEWTON era considerat ultimul în clasă și HUMBOLDT — un copil mărginit și NAPOLEON — un elev mediocru în școala militară și VERDI — respins la examenul de admitere la conservator și

DARWIN, SWIFT, LEIBNIZ și EDISON au fost cotați drept elevi mediocri. Dezvoltarea aptitudinilor este strâns legată de interesele individuale, precum și de însușirea de cunoștințe, priceperi și deprinderi și iar aptitudinile facilitează la rândul lor însușirea de cunoștințe, priceperi și deprinderi noi.]

1003. ARAHNEFOBIE^(F) (cf. gr. *arachne* „păianjen” și *phobos* „frică”) ● Frică patologică, nejustificată, de păianjeni (sau de insecte, în general). Nu este frecvent întâlnită în practica medicală și are aceeași semnificație patologică ca toate fobiile.

1004. ARAHNO- (cf. gr. *arachne*) ● Element de compunere referitor la asemănarea cu păianjenul.

1005. ARAHNODACTILIE — sin. ACROMACRIA PFAUNDLER^(B) boală; DISMEZECTOPIA LAVAL și DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE și DOLICOMORFIE și HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX și MARFAN-ACHARD^(B) sindrom și MARFAN-ERB^(B) sindrom → DOLICOSTENOMELIE.

1006. ARAHNOIDITA (cf. gr. *arachne*; *eidos* „aspect exterior, formă”) ● Este o afecțiune inflamatorie subacută sau cronică a arahnoidei, de tip fibroblastic, chistic sau mixt. Între arahnoidă și pia mater se formează aderențe, care blochează sau fac dificilă circulația lichidului cefalorahidian, exercitând în același timp o presiune asupra formațiunilor nervoase din vecinătate. Arahnoidita cronică poate fi:

- circumscrisă, interesând o zonă limitată a arahnoidei, cu reacție citoalbuminică în lichidul cefalorahidian și
- pseudotumorală, cu reacție citoalbuminică a lichidului cefalorahidian și sindrom de hipertensiune intracraniană, care necesită diagnostic diferențial cu tumorile cerebrale.

După localizare, se disting arahnoidite: cerebrale, de fosă cerebrală posterioară, optochiasmatică, spinală. Etiologia nu este precizată. Simptomatologia arahnoiditei include cealea, vărsăturile, diplopia, somnolența, la care se pot adăuga semne de focar, determinate de compresiunea exercitată pe formațiuni nervoase învecinate.

1007. ARAKAWA^(B) boală ● Boală ereditară, cu transmitere autozomal recesivă, descrisă în 1966. Triada caracteristică acestei boli este: intarziere mintală, conținut ridicat

de acid folic în sânge, prezența în urină a acidului paraminoglutaminic.

1008. ARANJAMENT NEVROTIC ● Proces care se încadrează în sistemul mecanismelor de apărare și supracompensare și care constă în elaborarea de către subiectul nevrotic a unor idei justificând, logic în aparență, nevroza sa. Ideile eronate oferă o altă viziune asupra evenimentelor din viața subiectului, viziune menită să servească nevrozei. Spre exemplu elementele care pun subiectul în inferioritate, eșecurile sînt în așa fel interpretate și justificate, încît tind să apară drept calități ale acestuia. În acest fel, nevroticul își poate accepta și chiar își poate „îndrăgi” simptomatologia nevrotică.

1009. ARC REFLEX ● Totalitatea elementelor anatomice care participă la realizarea unui act reflex. Constituite deci, baza anatomică a activității reflexe, reacție a unei structuri multicelulare față de stimulii externi sau interni, realizată prin intermediul sistemului nervos. Componentele anatomice ale arcului reflex sînt reprezentate de: receptori, calea aferentă, centrii nervoși și sinapsele realizate la nivelul lor, calea eferentă și efortul.

Receptorii sînt structuri specializate pentru recepționarea modificărilor diferitelor forme de energie, din mediul intern sau extern, modificări de energie care se constituie în stimuli. În funcție de natura energiei, stimulii — și deci receptorii specializați în recepționarea lor — pot fi fizici (mecano-receptori, presoreceptori) și chimici (chemoreceptori). În funcție de localizarea stimulului (extern sau intern) el poate declanșa un răspuns reflex somatic sau vegetativ, majoritatea răspunsurilor reflexe complexe ale organismului fiind mixte — somatovegetative sau viscerosomatice. Receptorul are rolul de a transforma energia specifică, externă sau internă, pe care o primește sub formă de stimul, în energie specifică organismului — excitație. Fiind reprezentate de dendritele unui neuron senzitiv sau de celule specializate conectate cu acesta, receptorii transmit informația/mesajul nervos centripet spre centrii nervoși.

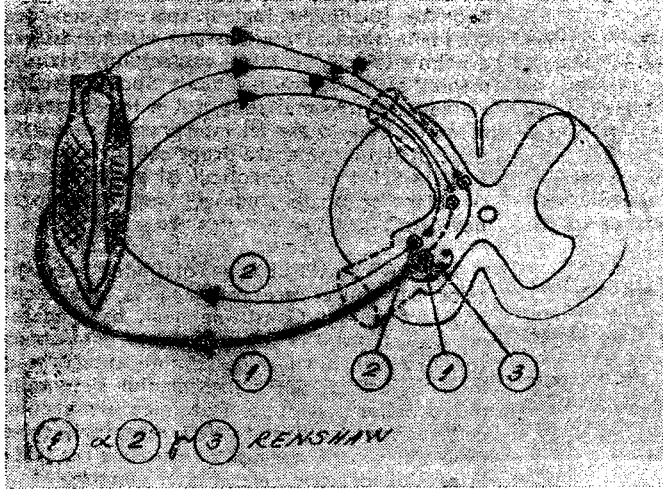
Calea aferentă sau senzitivă este reprezentată de prelungirile neuronilor din ganglionii extranevraxiali, situați pe traiectul rădăcinilor posterioare ale nervilor rahidieni, sau de omologii acestora din teritoriul cranian.

Centrii nervoși sînt structuri aparținînd sistemului nervos central, la nivelul cărora

se efectuează analiza și sinteza informațiilor primite și se generează impulsuri care ajung pe calea aferentă la organul efector. La nivelul centrilor nervoși se află sinapsa — formațiune funcțională constituită din cel puțin doi neuroni, senzitiv și motor, obligatoriu implicați

Organele efectoare sînt reprezentate de mușchii striati, mușchiul cardiac, musculatura netedă a organelor interne și celulele secretoare glandulare.

Arcurile reflexe ale sistemului nervos central sînt de două categorii: innăscute și dobîndite. Reflexele realizate pe



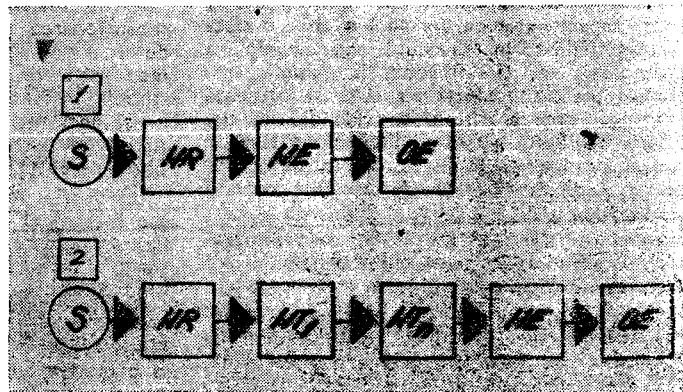
calea arcurilor reflexe innăscute sînt reflexe necondiționate. Aceste arcuri reflexe innăscute sînt formate pe baza unei programări genetice, sînt identice la toți indivizii speciei și efective funcțional din momentul maturizării neuronilor implicați în realizarea lor. Prin intermediul reflexelor necondiționate, un excitant adecvat, același la toți indivizii speciei, determină un răspuns stereotip, de asemenea, la toți indivizii speciei, răspuns nemodificat de experiența individuală anterioară.

Reflexele realizate pe calea arcurilor reflexe dobîndite sînt reflexe condiționate. O

În organizarea structurală a arcului reflex. În funcție de numărul sinapselor existente la nivelul centrilor nervoși, arcurile și deci actele reflexe pot fi:

- monosinaptice (bineuronale), formate din neuroni receptori și efectori;
- multi- sau polisinpaptice sau multineuronale, formate din neuroni receptori, intermediari și efectori.

Calea eferentă este reprezentată de prelungirile neuronilor efectori care ajung la organele implicate în răspunsul reflex (motor sau secretor). Pentru reflexele somatice, calea eferentă este reprezentată de axonii motoneuronilor somatici din coarnele anterioare medulare și din nucleii motori ai trunchiului cerebral. Pentru reflexele vegetative, calea eferentă prezintă particularități, în sensul că ea presupune existența a doi neuroni — preganglionar (localizat în centrul vegetativ medular și în cei ai trunchiului cerebral) și postganglionar (localizat în ganglionii vegetativi extranevraxiali).



parte din conexiunile sinaptice implicate în realizarea acestor arcuri reflexe se formează în cursul existenței individuale, pe baza experienței, și au un caracter temporar, putînd fi modificate prin experiență. Reflexele necondiționate stau la baza activității nervoase inferioare, ale cărei forme complexe sînt denumite comportamente reflexe innăscute, instinctuale sau instincte. Reflexele condiționate stau la baza activității nervoase superioare, realizînd un mod particular de reflectare ner-

voasă, care atinge nivelul maxim de dezvoltare la om.

1010. **ARCADIN**^(M) Anglia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util să se cunoască acțiunea sa proconvulsivantă, cit și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

1011. **ARCALION**^(M) Franța, R.F.G., Spania — DCI *Sulbutiamină* ● Psihoton de tip N,N'-ditiobis/2-(2-hidroxietyl)-1-metilvinilil/ / bis//N-(4-amino-2-metil-5-pirimidinil)metilformamidă/ester disobutirat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă.

1012. **ARCANAX**^(M) Austria — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperaziniil-/etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **HIDROXIZIN**^(M).

1013. **ARCHAMBAULT** Théophile (1806—1863) ● Studiază medicina la Anvers și Paris, este atras încă de la început de problemele psihiatriei și în 1840, publică traducerea lucrării lui W. C. ELLIS „Traité de l'aliénation mentale”, însoțită de o prefață care reprezintă o adevărată trecere în revistă a istoriei psihiatriei. Lucrează la Bicêtre, ca asistent al lui LEURET, apoi, după plecarea lui FOVILLE, la Charenton, unde determină o îmbunătățire evidentă a îngrijirii bolnavilor gatași, publicând și un studiu pe această temă, în 1851. Își încheie cariera ca director al Casei de sănătate mintală Charonne.

1014. **ARCOTROL**^(M) S.U.A. — DCI *Fenimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevrăj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

1015. **ARCUM**^(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

1016. **ARDEYDORM**^(M) R.F.G. — DCI *Triptofan* ● Psihotrop cu structură L(-)Triptofan, cu acțiune antidepressivă moderată și sedativ-hipnotică bună. Nu are practic efecte secundare, cu o singură contraindicație — insuficiența hepatică.

1017. **AREM**^(M) Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NI-TRAZEPAM**^(M).

1018. **ARGAISM** ● Termen introdus în 1930 de ABADIE care, inspirându-se de la numele personajului Argan din comedia „Bolnavul închipuit” a lui MOLIÈRE, a dorit să sugereze bogăția de informații clinice psihiatrice pe care cititorul avizat le poate culege din această operă dramatică. Nefiind psihiatru, MOLIÈRE a reușit totuși performanța de a reda extrem de sugestiv simptome care, reunite, se încadrează astăzi în tabloul nevrozei hipocondriace. Termenul argaism păstrează doar un interes istoric, desemnând, la vremea respectivă, tipul de personalitate hipocondriacă.

1019. **ARGUMENT** (cf. lat. *argumentum* „probă, dovadă”) ● Noțiune a cărei sferă semantică cuprinde mai multe sensuri:

- Variabila independentă a unei funcții (în matematică).

- Propoziție sau raționament considerat adevărat, pe care se bazează demonstrarea altei propoziții (în logică).

În psihopatologie, argumentul își poate pierde caracterul său obiectiv, real, și poate deveni element de construire și sprijin al unui sistem de gândire paralogic, delirant (în schizofrenie, paranoia) sau poate deveni un simplu pretext, conviețuind cu euforia/depresia care domină subiectul (în psihoze maniaco-depresive). În isterie, argumentul își transferă forma de exprimare verbală într-una nonverbală, adică se somatizează, fiecare tulburare de conversie reprezentând, de fapt, un „raționament” convertit la nivelul unui organ aparat sau al altuia.

1020. **ARGUMENTARE** ● Proces de justificare logică a unei afirmații. În sens mai larg, termenul se referă la demersurile întreprinse în scopul de a convinge pe cineva. Procesul de convingere presupune, pe lângă componenta logică, și o componentă afectivă, care poate influența, uneori într-o măsură consi-

derabilă, comunicarea, orientind-o preponderent spre polul cel mai încărcat afectiv.

1021. ARGUȚIE (cf. lat. *argutia* „expresivitate, vioiciune, subtilitate”) ● Tip de idee obsesivă, înglobind elemente abstracte, absurde, ruminanțe, filozofări prelungite la nesfârșit, întrebări contradictorii care asediază gândirea subiectului, creind o problematică fără sens și irezolvabilă. Se abordează tematica filozofică, metafizică, socioantropometrică, formală, care nu este legată de preocupările obișnuite ale subiectului. Poate apărea în nevroză obsesivo-fobică și în schizofrenie.

1022. ARGYLL ROBERTSON⁽⁸⁾ *sîndrom* ● Unul dintre puținele sindroame purtînd ambele nume ale celui care l-a descris (ROBERTSON Argyll, 1837—1909, medic scoțian).

Se manifestă prin: anizocorie, neregularitatea conturului pupilar, abolirea reflexului fotomotor, păstrarea reflexului de acomodare (unilateral) și a fost descris în neurosifilis. Sindromul pupilar descris se poate întîlni și în alte circumstanțe patologice: traumatisme craniocerebrale, tumori cerebrale, boli infecțioase cerebrale, scleroza multiplă etc. Mecanismul de producere în neurosifilis poate fi reprezentat de ramolismenle generate de vascularita luetică în regiunea tuberculilor cvadrigemeni. În afara sindromului clasic, pe care l-am prezentat mai sus, în clinica neurologică se mai cunoaște o formă „inversată”, cu păstrarea reflexului fotomotor și abolirea celui de acomodare.

1023. ARHAIC (cf. gr. *archaios* „vechi”) ● Termenul desemnează, în sens general, ceea ce este foarte vechi, desuet, conservat într-o formă ieșită din uz și caracteristic epocilor primitive ale omenirii.

În psihologie și psihopatologie, termenul se folosește referitor la un anumit mod al gândirii, gândirea arhaică, specifică primitivilor, copiilor și acelor bolnavi psihici la care procesul morbid provoacă o regresivitate. JUNG consideră că la baza gândirii arhaice (care asimilează orice experiență exterioară trăită la un eveniment psihic), ar sta mecanismul proiecției. Gîndirea magică și animistă este o gîndire arhaică, ea operează înlocuirea unor raporturi reale prin raporturi ideale și este o gîndire marcată de absurd, dominată de asociația ideilor (FRAZER afirmă, referitor la gîndirea primitivilor: „Oamenii au considerat, în mod greșit, ordinea ideilor proprii ca ordine a naturii și ei și-au imaginat că, fiind în stare să exercite un control asupra acestor zei, sînt în stare să controleze, în mod ana-

log, și lucrurile”). Gîndirea magică și animistă apare la copil și la omul primitiv și la baza ei stau reprezentarea dorinței și proiecția (pentru primitiv acțiunea magică semnifică realizarea evenimentului dorit și echivalentul acestei acțiuni, la copil, este jocul). Credința primitivului este atotputernicia gîndirii („lumea se supune gîndului”). Aceeași atotputernicie a ideilor apare în reprezentările obsesionale (în nevroză obsesională sînt caracteristice modalitățile arhaice, primitive, ale gîndirii).

FREUD („Totem și Tabu”) consideră că, în general, nevroticul se raportează nu la o realitate trăită ca atare, ci la o lume a gîndului și în acest sens, el se apropie de primitivul care crede că poate transforma lumea exterioară prin puterea gîndirii sale (a ideilor).

În schizofrenie și în unele psihoze delirante cronice, în special în faze acute, în care regresivitatea psihică este evidentă și profundă, apar forme ale gîndirii arhaice — la psihotic, regresivitatea este însoțită de destrucțurarea legăturilor între operații, procese și fenomene psihice.

Sensul de arhaic este atribuit și unor reflexe tranzitorii, pe care le prezintă copilul la naștere, dar care dispar odată cu maturizarea sistemului nervos central (reflexul Moro, care diminuează total spre 5—6 luni, reflexul de supt, care se estompează, de la 7 luni, reflexul de apucare forțată, „grasp reflex”, ce dispare spre 3—4 luni) → MAGIE INFANTILĂ și OMNIPOTENȚA.

1024. ARHEM (cf. gr. *arkho*, „a comanda”-em) ● Structură care posedă o arhitectură cu funcțiuni neoformate, în jurul unui nucleu cu funcții de sistem. Arhitectura arhemului este mai bogată decît cea a unui sistem și este dotată cu deschidere spre informație și conștiință. În acest sens, omul și societatea sînt arhemuri.

1025. ARHETIP (cf. gr. *arche* „inceput” și *typos* „tip”) ● Termen care desemnează conținuturi specifice ale inconștientului colectiv. Arhetipurile sînt imagini originare universale, care pot fi transformate în formule conștiente, transmise tradițional în cadrul unor doctrine, inițieri. Termenul de arhetip aparține lui JUNG. LEWI-BRUHL folosește expresia de „reprezentări colective”, înțelegînd prin acestea „figurile simbolice ale concepțiilor primitive despre lume”. Termenul „reprezentare colectivă” nu se suprapune termenului de arhetip, întrucît arhetipul este un model ipotetic nonmanifest și în măsura în care se manifestă, el devine „reprezentare arheti-

pică". JUNG consideră că inconștientul despre care vorbește FREUD este inconștientul individual, personal; există însă un inconștient mai profund, care nu are legătură cu achizițiile și experiențele individuale, fiind de natură universală. În opoziție cu inconștientul personal (și cu psihismul personal), inconștientul colectiv este „identic cu el însuși la toți oamenii și constituie un fundament psihic universal, de natură suprapersonală, prezent în fiecare” (JUNG). Conținuturile acestui inconștient colectiv sînt arhetipurile. Ele apar în mituri, în povestiri, în vise și în producțiile imaginare din psihoze (arhetipurile „animă delirurile psihotice”). Arhetipurile apar în individ ca „manifestări involuntare ale activităților mintale inconștiente”; deci conținuturile arhetipale sînt semne ale activității inconștientului colectiv. Ele constituie o structură existentă anterior unei conștiințe a unității individuale (la primitivi și la copil, în perioada primei copilării, conștiința individualității nu este încă structurată; la primitivi, cîmpul și intensitatea conștiinței sînt puțin dezvoltate, gîndirea primitivului nu decurge, în mod causal, din conștiința sa; lumea mitică a primitivului este o realitate echivalentă cu natura materială și este chiar superioară — ca semnificație — acesteia. Spiritul primitiv, afirmă JUNG, se caracterizează prin aceea că el nu inventează miturile, ci le trăiește. Produsele spontane ale activității inconștiente (confesiuni ale psihismului inconștient) sînt de două categorii:

- imagini cu caracter personal, care trimit la experiențe personale uitate și refulate;
- imagini cu caracter impersonal, care nu se leagă de experiențele și achizițiile individuale; aceste imagini corespund unor elemente ale sufletului colectiv, ele intră în alcătuirea psihismului uman, în general (asemenea elementelor morfologice ale corpului uman), și sînt ereditare. Aceste produse din a două categorii au structuri analoge miturilor și povestirilor și se formează într-o stare de estompare a intensității conștiinței (vis, delir, reverie diurnă, viziune).

Stările de reducere a conștiinței (P. JANET — „scădere a nivelului mintal”), cu absența, parțială sau totală, a concentrării atenției, corespund stării de conștiință primitivă, în care se află originea miturilor. Conștiința primitivă este strîns legată de inconștientul colectiv; conținuturile arhetipale nu se raportează la nimic conștient din prezent sau din

trecut, ele fiind expresia, după psihanaliști a ceea ce există „esențial inconștient”. Conținutul arhetipal nu este un conținut de experiență individuală și el nu va deveni niciodată conștient ca atare. Arhetipurile nu pot fi suprimate prin negare; ele nu pot fi făcute inofensive, într-o manieră sau alta. Arhetipul nu poate fi explicat și, în acest fel, anihilat; explicarea arhetipului (ca tentativă) revine la o traducere care folosește o limbă sau un limbaj cu alte imagini, diferite de conținuturile arhetipale.

Arhetipul, ca element psihic structural, dispune de o forță vitală autonomă, în economia psihică. El reprezintă acele „date instinctive ale sufletului primitiv obscur, rădăcini reale sau mereu invizibile ale conștiinței individuale”. Astfel, tema copilului (arhetipul „zeului-copil”: copilul înțelept, fiul regelui, fiul vrăjitoarei, copilul care apare în caliciul unei flori sau ieșind dintr-un ou de aur sau inconjurat de un cerc solar sau în centrul unei Mandala) nu este o aglutinare reziduală de amintiri din copilăria proprie și imaginile care trimit la tema copilului aparțin umanității și nu individului. Tema copilului este reprezentantul aspectului infantil preconștient al sufletului colectiv. Tema copilului nu este același lucru cu experiența concretă a copilului (fapt valabil pentru toate arhetipurile). Imaginea empirică de „copil” este un mod de expresie a unei stări psihice greu sesizabile și reprezentarea mitologică a copilului nu copiază „copilul” empiric, această reprezentare este un simbol (copilul divin, miraculos). Individul poate trăi conflictual o disociere (ca urmare a unei serii de incompatibilități) între starea sa actuală și starea originară a copilăriei și se întîmplă ca persoana să aleagă, arbitrar și corespunzător unor ambiții, o individualitate care să vină în contradicție cu caracterul său originar. Prin analogie, JUNG vehiculează ipoteza că umanitatea se află periodic în contradicție puternică cu acele condiții ale copilăriei, cu starea originară, inconștientă și instinctivă și aceste rupturi de climat originar se manifestă în impresiile vizionare (produse fie în vis, fie în stare de veghe), care revin la o dedublare între starea trecută și starea prezentă (de exemplu, individul se vede pe el însuși copil). Păstrarea referințelor (→ RELIGIA, RITUALUL MITIC), la copilul mitologic, are drept scop păstrarea legăturilor omului cu un climat al său originar, în ultimă analiză cu propriile sale rădăcini. Arhetipurile sînt structuri mintale innăscute, constituind „psihismul preformat”; ele sînt prezente în toate epocile, în toate culturile, în toate spa-

șiile biografice. Originea posibilă a arhetipurilor, ar fi, după JUNG, sedimentarea unor experiențe milenare trăite de umanitate. În sfârșit, JUNG consideră că arhetipurile reprezintă, în plan mintal, ceea ce instinctele reprezintă în plan biologic; arhetipurile sint forța dinamică a structurilor mintale, după cum instinctele sint forța dinamică a biologicului. Și unele și celelalte determină modele de acțiune și de comportament. Un instinct declanșat evocă, în plan spiritual, o imagine arhetipică corespunzătoare, această imagine, la rîndul ei, devine motorul acțiunilor și comportamentului subiectului; de aceea, originea arhetipurilor pare să fie într-un timp îndepărtat și ridică ipoteze privind crearea lumii și a vieții. Ele sint prezente în primele momente de viață, se perpetuează în structuri mintale, după cum instinctele se perpetuează în structuri biologice și anatomice. Deci arhetipurile prefigurează structura mintală de bază. JUNG insistă asupra faptului că este o greșeală, să considerăm arhetipurile ca avînd un conținut determinant, ca fiind un fel de „reprezentări” inconștiente: „Nu se poate demonstra că o imagine primordială este determinată în ceea ce privește conținutul ei decît dacă ea este conștientă, decî umplută cu materiale din experiența conștientă ... Arhetipul este un element vid, formal, nimic altceva decît o facultate de a prefera (facultas preformandi), o posibilitate dată, a priori a unei reprezentări”. De exemplu, modul în care arhetipul mamei își găsește expresia empirică nu se poate deduce din arhetipul însuși. Funcția arhetipului este de a păstra legătura ființei umane cu sursele sale profunde, originare și conștiința se centrează pe un număr restrîns de conținuturi, eliminînd alte conținuturi apte de a deveni conștiente. Dezvoltarea progresivă a conștiinței, specifică omului civilizat, poate determina, la un moment dat, o ancorare aproape exclusivă în parțial, o rupere de rădăcini. „Conștiința diferențiată este în permanență amenințată de dezrădăcinare, de aceea îi este necesară o compensare prin starea infantilă încă prezentă” (JUNG, în legătură cu arhetipul copilului). Arhetipul, în genere, nu poate fi redus la o formulă simplă și el există în stare potențială și se poate exprima în diverse moduri. Arhetipurile, ca elemente ale inconștientului, sint mereu aceleași, dar formulele lor variază. Arhetipurile dispun de o anume autonomie, care poate deveni periculoasă în diverse cazuri. De pildă, dacă există la o persoană o predispoziție psihotică, în anumite împrejurări, dată fiind predispoziția respectivă, figurile

arhetipice se eliberează total de sub controlul conștiinței, devin complet independente și provoacă „fenomene de posesiune”. Delirurile psihoticului sint animate de arhetipuri, elementul esențial patologic fiind disocierea, incapacitatea conștiinței de a domina inconștientul și acesta din urmă nu mai este integrat în conștient (integrarea inconștientului în conștient constituie acel fenomen denumit de JUNG „proces de individuare”). Citeva din arhetipurile mai importante: Anima, Animus, Marele înțelept, Eroul, Arhetipul copilului, Arhetipul mamei (Mama cea Mare — denumirea provine de fapt din istoria religiilor și se referă la tipul Zeiței Mamă).

Evident, această teorie a arhetipurilor este un mod de a explica o serie de fenomene psihice și ea continuă însă să fie doar un punct de vedere ce oferă date, satisfăcătoare pentru unii, dar total insuficiente pentru alții.

1026. ARHIENCEFALIE (cf. gr. *arche* „inceput” și *enkephalos* „creier”) ● Anomalie a procesului morfologic de formare intrauterină a lobului frontal împreună cu bulbul olfactiv, care generează, implicit, un avansat grad de întîrziere în dezvoltarea psihomotrică a copilului.

1027. ARHIPALUM — sin.] ALOCORTEX sin.
→ CORTEX ALOGENETIC.

1028. ARHITECTONICĂ CORTICALĂ (cf. gr. *architekton* „constructor” și lat. *cortex* „scoarță”) ● Termenul se referă la dispunerea spațială a corpiilor neuronali, a dendritelor și axonilor în grosimea scoarței cerebrale. Rezultat al drumului parcurs de om, al achizițiilor, posibilităților și perspectivelor sale, cortexul uman se constituie ca un veritabil album de familie în care, evident, prezentul ocupă o parte apreciabilă și în care funcționalul și utilul au înlocuit arabescul ne semnificativ. Complexitatea de celule și circuite ordonate într-un optim funcțional, el realizează cel mai perfecționat mecanism, încă imposibil de reprodus, cu toate achizițiile și tehnologiile de vîrf de care dispunem. Orice cucerire, orice performanță, orice succes al omenirii nu este decît o palidă umbră a ceea ce poate realiza acest formidabil mecanism. Cunoștințele noastre în acest sens sint încă puține. Deși aspectele histologice au fost lămurite în linii mari, cunoașterea corelației structură-funcție a rămas mult în urmă, datorită fantasticei complexități funcționale. Scoarța cerebrală este, din punct de vedere filogenetic, formațiunea anatomică cea mai

nouă, semnalată la reptile. Ulterior citoarhitectonica și posibilitățile funcționale ale scoarței s-au complicat enorm datorită tendinței corticalizării funcțiilor întregului organism, scoarța cerebrală devenind organul suprem al funcțiilor de comandă și control ale organismului. Suprafața sa este de 1 800—2 200 cm² și cuprinde 15—18 miliarde de neuroni, realizând o structură de o complexitate deosebită.

Scoarța este delimitată histologic (didactic) în :

- **alocortex**, zonă alcătuită din două straturi și corespunzând filogenetic paleo- și arhicortexului, reprezentând 13% din suprafața totală corticală §
- **izocortex**, zonă alcătuită din șase straturi, corespunzând filogenetic neocortexului și reprezentând 97% din suprafață.

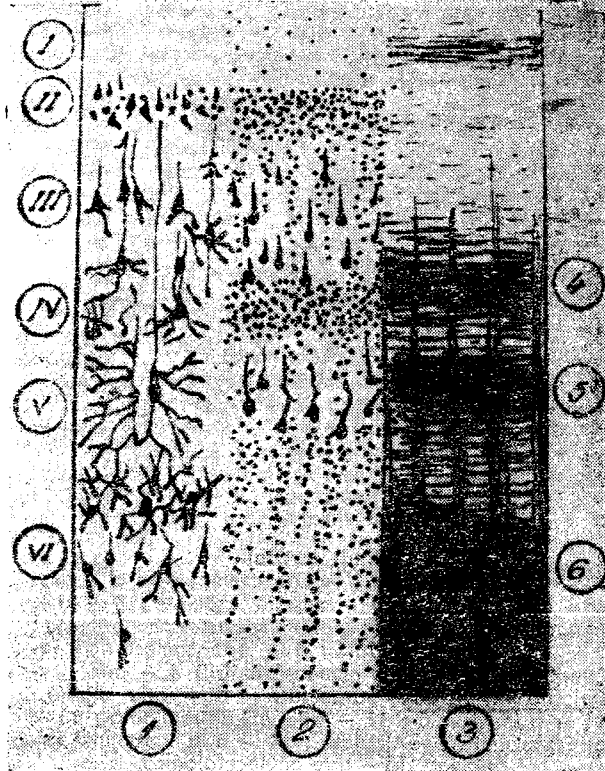
Izocortexului i se descriu o citoarhitectonică și o mieloarhitectonică :

- **citoarhitectonica** reprezintă amplasarea corpurilor neuronali în grosimea scoarței cerebrale, fiind structurată în șase straturi care, de la suprafață spre profunzime sînt :

- I — stratul plexiform sau molecular, alcătuit din celule proprii (celule moleculare, plexiforme), cu densitate de 50 celule/mm³, dendrite și axoni proprii și ai altor straturi §
- II — stratul granular extern, alcătuit din celule proprii (celule stelate mici și piramidale mici — densitate 650 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi §
- III — stratul piramidal extern, alcătuit din celule proprii (celule piramidale dispuse în trei substraturi : superficial, intermediar, profund — densitate 220 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi și formațiuni subcorticale §
- IV — stratul granular intern alcătuit din celule proprii, dispuse în două sub-

straturi : superficial și profund (densitate 800 celule/mm³), dendrite și axoni proprii și ai altor straturi §

- V — stratul piramidal intern, alcătuit din celule proprii (celule piramidale mij-



Citoarhitectonica și mieloarhitectonica scoarței cerebrale.

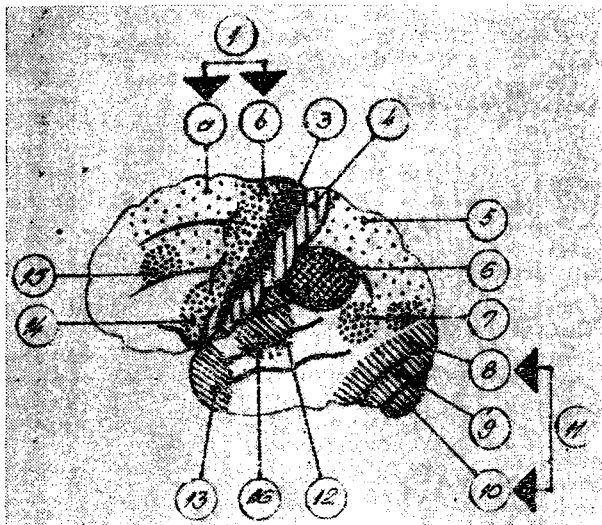
1 — Golgi ; 2 — Nissl ; 3 — Weigert ; 4 — stria Baillarger externă ; 5 — stria Baillarger internă ; 6 — fibre radiale ; I — strat molecular ; II — strat granular intern ; III — strat piramidal ; IV — strat granular intern ; V — strat polimorf.

locii și mari dispuse în două substraturi), densitate 300—400 celule/mm³, dendrite și axoni proprii și ai altor straturi, și substratul formațiunilor subcorticale §

- VI — stratul fusiform, alcătuit din celule proprii, celule fusiforme mici și mari dispuse în două substraturi — densitate 100—200 celule/mm³, dendrite

și axoni proprii și ai altor straturi și ai formațiunilor subcorticale. Limita cu substanța albă nu este netă.

- mieloarhitectonica reprezintă amplasarea dendritelor și axonilor în grosimea cor-



Centrii corticale.

AG – arie gustativă ; 1 – arie premotorie : a – mișcări semivoluntare ; b – mișcări asociate ; 3 – arie motorie primară ; 4 – arie somestezică primară ; 5 – arie extrapiramidală ; 6 – arie somestezică secundară ; 7 – centrii oculocefalogiri ; 8 – arie posteroară ; 9 – arie parastriată ; 10 – arie striată ; 11 – arie vizuală ; 12 – arie extrapiramidală ; 13 – arie prezumtivă vestibulară ; 14 – aria limbajului articular ; 15 – arie oculocefalogiră.

textului, realizând histologic structuri numite strii, care sînt dispuse orizontal sau vertical. Cele orizontale sînt :

- stria Kaes-Becterev, situată în regiunea superficială a stratului piramidal extern ;
- stria Baillarger externă, situată în zona stratului granular intern ;
- stria Baillarger internă, situată în zona stratului piramidal intern.

Striurile verticale împart cortexul în unități funcționale sub forma unor coloane verticale care conțin aproximativ 100 000 de neuroni și 38 miliarde de sinapse cuprinzînd aproape toate elementele aferente, eferente și de asociație, necesare unui circuit funcțional complet.

Există o corelație strînsă între citoarhitectonică și particularitățile funcționale ale unor anumite zone corticale. Astfel, cortexul situat posterior, scizurii centrale Rolando, care reprezintă locul de proiecție al receptorilor, se caracterizează prin predominarea masivă a celulelor granulare mici ale stratului IV, care trimite prelungirile axonale la celulele piramidale din stratul II și V. În aceste zone, se află și celulele piramidale din stratul V, care trimit axonii la nivelul mezencefalului realizînd circuitele neuronale pentru coordonarea mișcărilor de explorare, țintire și fixare a stimulilor în timpul percepției. În aceste zone, configurația receptorilor periferici este reprezentată „punct cu punct”, proporțional cu importanța lor funcțională. Între cimpurile de proiecție ale analizatorilor, se află zone primare de asociere, alcătuite predominant din celule piramidale ale stratului III, care realizează verigile unor anumite acte psihocomportamentale. Există zone secundare, terțiare, cuaternare, cu o complexitate crescîndă a proceselor de coordonare și integrare superioară a informațiilor după criterii de esențialitate și generalitate, obținîndu-se percepții plurisenzoriale, reprezentări de clase de obiecte, scheme, concepte. Zonele corticale situate anterior scizurii centrale Rolando reprezintă nivelul superior al sintezei motricității voluntare, existînd o zonă motorie primară și zone motorii secundare. Zona motorie primară se caracterizează

prin existența masivă a celulelor piramidale gigante din stratul V, ai căror axoni formează căile piramidale ce transmit centrilor motori subcorticali comenzile de efectuare a mișcărilor voluntare. Și în zonele motorii există o reprezentare segmentară a aparatului efector. Aria motorie secundară se caracterizează prin predominanța celulelor piramidale mari din stratul III și prin slabă reprezentare a celulelor piramidale gigante din stratul V. La nivelul cortexului frontal există zone integrative terțiare și cuaternare, caracterizate citoarhitectonic prin prezența celulelor stratului IV și care au drept scop integrarea unor forme superioare de activitate conștientă, bazate pe planificare și

anticipare, corelind motivele, scopurile și mijloacele. Aceste zone ocupă aproximativ 25% din suprafața totală a scoarței. Cortexul situat pe fața inferioară și pe fața internă a lobilor frontali și parietali se caracterizează citoarhitectonic prin predominanța celulelor de tip granular și piramidale de talie mijlocie, aceste zone avind drept funcție realizarea tonusului afectiv, activarea și preselecția incitațiilor motivaționale, potențarea energetică a comportamentului. În aceste zone se produce corelarea între motivație și comportamentul destinat satisfacerii motivațiilor, realizându-se homeostazia psihofiziologică a organismului.

Caracteristicile citoarhitectonice și funcționale ale diferitelor zone ale cortexului explică, pe de o parte, tendința specializării unor zone pe anumite funcții, iar pe de altă parte, tendința structurării „holografice” a unor funcții psihice.

Cunoașterea specificului diferitelor zone corticale reprezintă un mare pas înainte în diagnosticul unor afecțiuni neurologice și neurochirurgicale, care pot fi astfel depistate, și în cunoașterea aprofundată a mecanismelor neurofiziologice ce stau la baza funcționării normale a sistemului nervos central, cu largi posibilități deschise unor noi căi de abordare a psihopatologiei.

1029. ARIDITATE (cf. lat. *ariditas* „uscăciune”) ● Termen care, referitor la tulburările afectivității, desemnează caracterul de „uscăciune”, sterilitate, atonie, lipsă a modului afective în cazul unor forme specifice de depresie (reactive, endogene) sau al unor sindroame depresive (din schizofrenie).

1030. ARII ASOCIATIVE ● Arii cerebrale cu rol important în elaborarea vieții psihice și a actelor motorii complexe. Din punct de vedere anatomic, ele înconjură ariile somato-senzitive și motorii. Ariile asociative din jurul ariilor receptoare au funcție de cunoaștere (de la senzație la identificare), iar în jurul ariilor motorii au funcție praxică (mișcarea coordonată cu scop). Cercetări recente arată că ariile asociative senzoriale sînt organizate ca niște mozaicuri de blocuri corespunzînd fiecare unei zone senzoriale (J. BULLIER) și de exemplu, retina posedă în plus opt proiecții diferite de cea din aria primară. Lezarea ariilor asociative duce la tulburări în percepția spațială, agnozii de diferite tipuri, apraxii.

1031. ARII CORTICALE ● Regiuni ale neocortexului cu funcții precizabile în ceea ce privește senzorialitatea sau motricitatea, con-

stituind un veritabil mozaic de reprezentări topografice.

Studiile făcute în secolul trecut de către BROCA și în secolul nostru de E. SMITH, P. FLECHSIG, A. W. CAMPBELL, K. BRODMAN au dus la elaborarea unor veritabile hărți ale cortexului, dintre care cea mai cunoscută aparține ultimului autor. Revoluția pe care a produs-o apariția electrofiziologiei și folosirea ei intensivă după 1930 în studiul funcționalității creierului, ca și studiile făcute de J. ROSE și C. WOOCSEY (1949), au confirmat rolul pe care îl au în proiecția senzorialității ariile primare descrise de P. FLECHSIG. Din punct de vedere funcțional, ariile corticale se clasifică în :

- arii de proiecție aferentă, receptoare, senzoriale ;
- arii de proiecție eferentă, efectorii, motorii ;
- arii asociative.

Studiile ultimilor ani arată însă că în realitate toate ariile primesc și trimit aferențe și respectiv eferențe, avînd aspect de arii senzomotorii. Indiferent de natura lor, ariile sînt, din punct de vedere al importanței lor funcționale, de tip primar sau secundar, la aceste două tipuri putîndu-se adăuga uneori o arie suplimentară. Principalele arii de proiecție aferente și eferente sînt prezentate sintetic în tabelul XXIV.

1032. ARIE ECOLOGICĂ URBANĂ ● Noțiunea se referă la segregarea populației urbane din megalopolisuri în arii separate. Aceste arii nu sînt fixe, existînd în permanență tendința unor populații de a pătrunde în teritoriile altor populații. Extinderea zonelor centrale către „cartierele rezidențiale” duce la părăsirea acestora și la crearea unor zone mobile: hoteluri, instituții cu grad ridicat de tranziență, magazine și restaurante care antrenează un grad de dezorganizare socială a zonei. Școala din Chicago, care continuă lucrările lui BURGESS, a stabilit cinci zone concentrice ale marelui oraș : zona centrală, zona de tranziție (sau de dezorganizare), zona de rezidență modestă, zona de rezidență elegantă, zona cartierelor muncitorești, încercînd să stabilească o legătură între populația astfel zonată și frecvența fenomenelor patologice și reușînd să demonstreze o maximă frecvență a acestora în zona a doua, care descrește odată cu îndepărtarea de ea. FARRIS și DUNHAM, în studiile lor devenite deja

Tabel nr XXIV

	Aria	Tipul	Legătura funcțională	Cîmpuri Brodman principale
AFERENTE	Somestezice	Primară (a sensibilității generale)	● mină, degete, limbaj, mîmică	1, 2, 3
		Secundară	● compararea senzațiilor	5a, 5b, 7
		Suplimentară	● recunoașterea obiectelor	39, 40
	Vizuală	Primară	sensibilitatea extero- și proprioceptivă a membrelor inferioare și superioare	40, 43
		Secundară	senzorialitatea la nivelul capului și abdomenului	6, 8
		Suplimentară	cîmp vizual temporal ipsilateral și nazal contralateral	17
Auditivă	Primară	arie de asociație de la 17, 19	18	
	Secundară	noțiunea de spațiu, percepția formelor	19	
EFERENTE	Gustativă	Primară	percepția globală a mediului	41, 42
		Secundară	înțelegerea vorbirii	42, 22
	Vestibulară			43
				2
	Olfactivă			28
Somatomotorie	Primară	mișcări voluntare, activitate reflexă	4, 6, 8	
	Secundară	față, ipsilateral	40, 43	
	Suplimentară	adaptare posturală, mișcări stereotipe complexe, vocalizare	6, 8	
Extrapiramidale	Secundară	acte motorii complexe	4s, 8s, 6s	
Corticooculocefalografie	Suplimentară	ritmicitate, postură, mișcări conjugate	10, 9, 8, 45, 46, 8	

clasice, au demonstrat corelația netă între ariile ecologice și frecvența bolilor psihice, în special a schizofreniei, toxicomaniilor, psihozelor organice și un grad de corelație mai scăzut sau nul în ceea ce privește bolile afective. Tulburările comportamentale și delinquența par de asemenea să fie în legătură cu ariile ecologice, unii cercetători propunînd ca explicație anonimatul și izolarea pe care anumite zone le oferă individului. Alți autori, ca CHOMBART DE LAUWE, GRUENBERG, BORDEAUX sau în discuție nivelul de aglomerare, spațiul individual, ca factori care determină apariția tulburărilor psihice. Nu există încă un consens asupra cercetărilor de acest tip, datele fiind deocamdată incerte, referindu-se strict la mari aglomerații urbane din țări cu un anumit sistem sociopolitic.

1033. ARIERAȚIE INTELLECTUALĂ, AFECTIVĂ (fr. *arriération*; cf. lat. *ad-retro* „înapoi”) ● Termen mai vechi avînd sensul de ÎNTÎRZIERE MINTALĂ sau OLIGOFRENIE. Deși sub raport istoric interesul pentru acest fenomen psihopatologic este vechi, primele consemnări științifice cu caracter de specialitate datează de la începutul secolului al XX-lea (1905) prin lucrările lui SANTE de SANCTIS (1863—1932) și FERRARI (1868—1932) în Italia, ale lui W. STERN (1871—1938) și O. LIPMAN (1880—1932) în Germania, O. DECROLY (1871—1937) în Belgia și E. CLAPAREDE (1873—1940) în Elveția, iar în Franța și S.U.A. prin studiile lui A. BINET (1857—1911) și respectiv J. Mc KEEN CATTELL (1860—1944). Prin arieație intelectuală, CIB-9 (OMS) desemnează formele clinice de insufi-

cientă mintală, caracterizate printr-o inteligență inferioară celei normale și de etiologie diversă: cauze accidentale pre-, peri- și post-natale, cauze ereditare (cromozomiale sau metabolice) și leziuni organice cerebrale (cel mai frecvent encefalopatii infantile). Schematic, gradele (forme) de arierație mintală, după CIB-9, sint:

- Inapoierea mintală ușoară — sin. DEBILITATE MINTALĂ (Q1 50—70) §
- întârzierea mintală mijlocie — sin. ÎNAPOIEREA MINTALĂ MIJLOCIE, IMBECILITATE (Q1 35—49) §
- întârzierea mintală gravă — sin. ÎNAPOIERE MINTALĂ GRAVĂ (Q1 20—34);
- întârzierea mintală profundă — sin. ÎNAPOIERE MINTALĂ PROFUNDĂ, IDIOTIE (Q1 sub 20) → OLIGOFRENII.

Arierația afectivă se referă la subiecți cu un nivel intelectual în limitele normalității (uneori cu o inteligență superioară), dar a căror viață emoțional-afectivă și instințială s-a dezvoltat insuficient sau a stagnat (psihanaliza explică fenomenul prin fixația sau regresivitatea la stadiile infantile). Această imaturitate afectivă, exprimată prin egocentrism și posesivitate în sentimente, dependență de entourage, sentimente de gelozie, atitudini agresive etc. se întâlnește atât la nevrotici, la anumite personalități dizarmonice și perverși sexuali, cât și la schizofreni → IMATURITATE AFECTIVĂ.

1034. ARIN^(M) Coreea — DCI *Amitriptilină*

● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[a,d]-ciclohepten- Δ^5 - γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică, industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

1035. ARIPAX^(M) Grecia — DCI *Lorazepam*

● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

1036. ARISTOFEN^(M) Italia — DCI *Trifluorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influențează reacțiile conducătorilor auto.

1037. ARISTOTEL (383—322 î.e.n.) ● Filozof grec originar din orașul Stagira (peninsula Calcidică), numit din această cauză și Stagiritul. A fost discipolul lui PLATON, de care ulterior s-a detașat, întemeind în 335 î.e.n.

propria sa școală filozofică, peripatetică — Liceul. A sintetizat cunoștințele dobândite până la el punind bazele multor discipline noi: logica formală („Organon”), psihologia („Despre suflet”), politica și economia politică („Politica”), etica („Etica nicomahică”), estetica („Poetica”), zoologia ș.a. În filozofie, ARISTOTEL a criticat teoria ideilor lui PLATON. El a considerat că esența lucrurilor nu se află în afara lor, ci în ele. Concepția lui oscilează între materialism și idealism. Noțiunile de bază ale filozofiei lui ARISTOTEL sint conceptele materie-formă, substanță, potență-act. El înțelege prin materie „substratul” pasiv, nedeterminat al formelor, iar forma, principiul activ, determinant al trecerii unui lucru de la „potență” la „act” și care îi conferă acestuia calitatea lui specifică. Starea actualizată, adică substanța lucrurilor, perceptibile, este rezultatul acțiunii formei asupra materiei. Materia nu există fără formă și, de regulă, nici forma fără materie. Ca principiu, forma și materia au aceeași extensiune. De aceea, forma nu poate fi „exterioară” materiei. Forma este înțeleasă ca un izvor al mișcării și ordinii din întregul univers, ca principiu al binelui. Această teză a fost utilizată de gândirea teologică medievală pentru justificarea divinității. ARISTOTEL a întreprins o analiză a formelor mișcării, distingind mișcarea mecanică, creșterea și diminuarea, precum și transformarea calitativă. A elaborat o gno-sologie realistă, cu elemente dialectice. A adus o contribuție importantă la îmbogățirea gândirii dialectice, mai ales prin analiza raportului dintre posibilitate și realitate individual și general, fenomen și esență ș.a. ARISTOTEL recunoștea primordialitatea obiectului real față de subiectul cunoscător, afirmând atât rolul simțurilor în cunoaștere, cât și valoarea rațiunii. Cunoașterea cea mai înaltă ar depinde de respectarea unor „principii” cu caracter axiomatic, pe care orice știință trebuie să le respecte. A subliniat necesitatea cercetării concrete în domeniul social și a consacrat ideea de om ca ființă socială („Zoon politikon”), susținând principiul concordanței intereselor individuale cu cele ale societății, ideea evoluției istorice a societății prin relații calitativ deosebite între ele. Ideile sale au exercitat o puternică influență asupra gânditorilor din timpul său și din secolele următoare, multe dintre ele păstrându-și actualitatea și în zilele noastre.

1038. ARISTOTEL⁽¹⁾ iluzie ● Iluzie tactilă cu caracter fiziologic descrisă de ARISTOTEL. Este un vechi experiment psihologic și constă

în perceperea a două bile când subiectul, în absența controlului vizual, susține în mod obiectiv între extremitățile degetelor index și medius contralaterale, încrucișate, doar o singură bilă.

1039. **ARITMOMANIE** (cf. gr. *arithmos* „număr” și *mania* „nebulie”) — sin. **ONOMATOMANIE** și **MAGNAN**. simptom ● Tulburare constând în obsesia operațiilor aritmetice efectuate în mod inutil cu numere pe care subiectul le vede sau le aude, sau în semnificația deosebită, malefică, conferită unor cifre, operațiile efectuate având rolul de a îndepărta sau găsi aceste cifre și a fost descris în 1883 de MAGNAN sub numele de „mania cifrelor”. Calculele aritmetice sînt uneori efectuate în scopul de a înlătura o obsesie neplăcută, căreia subiectul îi găsește o substituție, căpătînd astfel caracter de ritual. Aritmomania se referă și la efectuarea unei acțiuni de un număr fix de ori, acest număr putînd uneori să fie crescut în progresie aritmetică sau geometrică și ducînd la o infinitate de calcule epuizante. Cea mai mică ezitare sau eroare apărută în cursul calculului conduce la reluarea operațiilor. Aritmomania face parte din grupul maniilor mintale — tulburare calitativă de ansamblu a gândirii avînd consecințe în valorizarea judecăților și raționamentelor. Ea apare în cadrul sindromului obsesivo-fobic din nevrozele obsesivo-fobice, din dizarmoniile de personalitate de tip psihastenic, din depresii, din schizofrenie.

1040. **ARMĂ — permis** ● Portul armelor este permis în scopul menținerii ordinii publice, al apărării proprietății de stat și personale, precum și pentru practicarea anumitor sporturi (tir, vînătoare — Decretul nr. 369/1971). Aproape toate țările au legiferat condițiile permisului de port-armă. În țara noastră persoanele care nu au dreptul la acest permis, în afara celor care au suferit condamnări penale, sînt minorii și bolnavii psihici suferînd de

- psihoze (psihoză maniaco-depresivă, schizofrenie, deliruri cronice parafrenice și paranoice), chiar în perioada de remisie
- psihoze organice cronice (toxice, infecțioase, traumatice)
- demențe de orice etiologie
- oligofrenia de orice grad
- nevroze obsesivo-fobice, nevroze mixte, isteria
- alcoolismul cronic
- dizarmonii și stări psihopatoide impulsive cverulente, paranoice, psihastenice, instabil-afective

- toxicomaniile;
- epilepsia cu toate formele clinice;
- bolnavii psihici remiși aflați în tratament de întreținere cu substituții psihotrope;
- persoane clasate „inapt serviciu militar”.

1041. **ARMATĂ** (cf. it. *armata*; cf. lat. *arma* „armă” și *armatus* „încarmat”) ● Problema selecției psihiatrice a celor care pătrund în armată nu este nouă, ea fiind însă tot mai pregnant pusă odată cu modernizarea tehnicii de luptă. Excluderea celor cu afecțiuni mintale grave se face încă de la examenul de recrutare, cînd inaptitudinea pentru serviciu militar este consemnată în cazul unor afecțiuni ca epilepsiile, psihozele schizofrenice, oligofreniile grave, stările psihopatoide. Expertiza se constituie pe baza documentației și a stării clinice, putînd să fie urmată de o nouă evaluare medico-militară. În cazul unor afecțiuni cu evoluție favorabilă (nevroze, decompensări nevrotice ale personalităților dizarmonice, reacții etc.), decizia de aminare și instituirea tratamentului adecvat este urmată de un nou examen medical și de luarea unei decizii corespunzătoare după un interval de timp limitat (șase luni pînă la un an). Cu toată atenția deosebită acordată în timpul examinării psihiatrice și cu toate că examenul medical la recrutare este dublat de cel de la incorporare, în rîndul tinerilor militari în termen se constată totuși o prevalență deosebită în ceea ce privește bolile psihice, datorită a doi factori independenți: vîrsta, care este favorabilă debutului psihozelor schizofrenice (chiar și al celor afective) și privațiunile vieții militare, care pun în evidență manifestări aflate alfel în stare subclinică sau tolerate în mod incredibil de mediul familial. Datorită consecințelor grave pe care boala psihică le implică, lotul respectiv de tineri se află în atenția deosebită a specialiștilor medico-militari. Declanșarea unei boli psihice grave în timpul serviciului militar este urmată (după spitalizare) de excluderea bolnavului din rîndul combatanților. O serie de activități militare moderne, ca și activitatea de comandă, cer o supraveghere medico-militară și psihiatrică deosebită care se execută prin ordin. Existența unor afecțiuni psihice legate de serviciu militar a fost luată în considerare încă din perioadele de pionierat ale psihiatriei, delimitîndu-se progresiv cadrul, mai ales după conflagrațiile mondiale, cînd necesități nu numai teoretice, dar și militare au pus în lumină trăsăturile specifice ale acestei patologii. Acest context a generat descrieri princeps ale unor afecțiuni ca nevroza anxioasă (cadrul iritabil, boala Da

Costa), deltrul prizonieratului; dar și conturarea unor metode profilactice sau terapeutice, precum examinarea psihologică în masă (la selecția pentru marina militară S.U.A.) sau integrarea spitalului psihiatric de zi în sistemul organizatoric medical general (în timpul celui de al doilea război mondial, la trupele britanice din zona canalului de Suez). Din păcate cuceririle psihiatrice nu s-au oprit la domeniile amintite, în dotarea actuală a multor armate moderne existind arme chimice cu efect psihielic a căror acțiune halucinogenă și paralizantă a voinței creează veritabile psihoze artificiale, fiind socotite ca o importantă forță de șoc în cazul unui conflict.

1042. **ARMONIC** (fr. *harmonique*; cf. lat. *harmonicus* „armonios, bine proporționat”) ● Calitate ce reflectă potrivirea, concordanța, consonanța, acordul elementelor componente ale unui tot, ale unui întreg, buna proporționalitate a părților, urmînd legile armoniei sau ale matematicii. Noțiunea, utilizată încă de pe vremea lui HERACLIT, este asimilată de filozofia dialectică ca modalitate prin care se manifestă lupta contrariilor și unitatea lor. (spre deosebire de gîndirea metafizică, în care acestea sînt ignorate). KANT, BAUMGARTEN, GOETHE vorbeau de o armonie prestabilă, în sensul convergenței elementelor componente sau a funcțiilor unui ansamblu spre o unitate categorială. Dacă muzica și pictura (ca aproape orice creație umană) au însușirea de a fi armonice, cu atît mai mult personalitatea umană merită, în sfera normalității, această apreciere. Încercările de explicare a personalității prin structurile ei active, dintr-un punct de vedere mobil, flexibil, care ia în considerare ereditatea, dar și influențele educaționale și culturale, exprimă de fapt întregul complex bio-psiho-social determinant, fără de care personalitatea nu se poate forma și dezvolta armonice. Prin opoziție, dizarmonicul se referă la sensul și conținutul tulburării de personalitate, situîndu-se la limita graniței normalului cu patologicul → DIZARMONIE.

1043. **ARMONIL**^(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant; derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1044. **ARN** ● Abreviere pentru acid ribonucleic.

- ARNm — abreviere pentru acid ribonucleic mesager;

- ARNr — abreviere pentru acid ribonucleic ribozomal;
- ARNs — abreviere pentru acid ribonucleic solubil;
- ARNt — abreviere pentru acid ribonucleic de transport.

1045. **AROMOTERAPIE** (cf. lat. *aroma* „miros plăcut, aromă”; gr. *therapeia* „grijă”) ● Metodă terapeutică bazată pe efectul produșilor chimici mirositori din compoziția uleiurilor volatile (uleiuri esențiale). Deși rolul benefic al unor substanțe plăcut mirositoare a fost cunoscut din antichitate, acestea erau folosite de obicei numai ca parfumuri, săruri de mirosit etc. și fundamentarea aromoterapiei ca ramură a terapiei este de dată mai recentă, iar extinderea metodei ridică încă probleme legate de costul crescut al materiei prime — uleiuri volatile. Rezultatele bune obținute într-o gamă largă de afecțiuni, printre care și cele ale sistemului nervos, sînt, după unii autori, încurajatoare. Tulburările de origine psihosomatică, precum și o serie întregă de tulburări nevrotice, pot beneficia cu succes de efectele aromoterapiei, care se dovedește utilă în combaterea asteniei, insomniilor, irascibilității, anxietății, tulburărilor de dinamică sexuală, cefaleei, tulburărilor neurovegetative etc. Mecanismul prin care acționează produșii chimici aromați este încă în curs de studiu, bănuindu-se o acțiune fie de tip homeopatic, fie de stimulare a zonelor reflexogene de la nivelul mucoasei nazale (cunoscută și de acupunctură). Dozele de ulei volatil administrat sînt foarte mici, de la una la cîteva picături, importantă fiind nu înghițirea substanței ci perceperea mirosului.

1046. **ARNOLD** — nevralgie ● Durere vie, acută, pătrunzătoare, descrisă de subiect ca iradiînd din regiunea posterioară a gîtului spre craniu, în hemicască, datorată lezării ramului senzitiv posterior al nervului al doilea cervical, nervul Arnold, care inervează motor mușchii cefei și senzitiv scalpul pînă la cortex (ramurile C₁ și C₂ nu ating prin terminațiile lor regiunea gîtului). Durerea poate fi superficială, cu caracter de înțepătură (afectarea fibrelor superficiale ale nervului), sau surdă, exacerbată de mișcările gîtului și localizată mai difuz (afectarea fibrelor profunde). Cauza este de obicei o compresiune radiculară. Clinic, nevralgia Arnold se obiectivează prin apăsarea punctelor submastoidene, la emergența nervului cu același nume.

1047. **AROGANȚĂ** (fr. *arrogance*; cf. lat. *arrogantia* „pretenții, aere, trufie”) ● Atitudine negativă, egocentrică și individualistă, de devalorizare nejustificată și excesivă a altor persoane și trufie insultătoare, sfidare și dispreț față de semenii, minimalizarea acestora (comportament arogant). Reprezintă o exacerbare nefirească a orgoliului, evidentă la personalitatea dizarmonică. Adeseori aroganța reprezintă o formă de expresie sau de mascare a prostiei.

1048. **ARSENIC** (fr. *arsenic*; cf. gr. *arsenikon* „arsenic”) ● Element chimic semimetalic (metaloïd), ai cărui compuși sînt foarte toxici. Intoxicația accidentală cu arsenic și derivații săi produce o importantă simptomatologie psihică. Intoxicația acută este urmată de cefalee atroce și delirium care evoluează episodic. Intoxicația cronică cu produși arsenioși se manifestă într-un prim stadiu prin dureri de cap, vertij, apatie, somnolență și dezorganizarea de ansamblu a activității mintale. Tulburările mintale pot fi anterioare celorlalte semne ale intoxicației, deseori luînd aspectul unui sindrom pseudonevrotic. Ulterior se remarcă excitabilitate, neliniște și confuzie. Tulburările mnestice sînt severe, luînd uneori forma unor psihoze Korsakov. Nevritele periferice se manifestă prin parestезii și tulburări grave de sensibilitate.

1049. **ARTĂ ȘI PSIHIATRIE** ● Temă de referință, care a inspirat un ansamblu de cercetări și preocupări ale unor specialiști din domeniile artei, psihiatriei, psihologiei, dezvoltate îndeosebi pe două direcții: analiza producțiilor artistice ale bolnavilor psihici, în special a activității psihoplastice și a mecanismelor sale psihopatologice; demersul spre înțelegerea originii artei și a semnificației anumitor opere (H. AUBIN și A. POROT). Încercările de elucidare a interferențelor artei cu psihiatria se află încă în etapa de început, avînd de luptat cu terenul extrem de fragil și complex al subactivității în creația artistică, dar și cu numeroasele enigme care mai există încă în cunoașterea psihismului, inclusiv din perspectiva metodelor științifice de abordare. Artă, în toate formele ei clasice și moderne, reprezintă în esență o formă de expresie, o procesualitate psihică intim legată de aspectul formal-estetic și mulți autori susțin că o teorie adevărată și completă a artei trebuie să reunească latura psihologică cu cea estetică și filozofică. În acest sens pledează nu numai studiile unor critici de artă, esteticieni, filozofi, dar și cele efectuate de psihologi și psihiatri.

Astfel, în lucrarea sa „Geniul și nebunia”, MINKOVSKI se simte obligat să conchidă: „pe planul cercetării, arta și psihiatria, în loc să se opună una celeilalte, se întîlnesc în sfîrșit”.

Anticii credeau în originea divină a talentului și clasicismul puna accent pe meșteșug, erudiție și daruri innăscute și romantismul cultiva geniul și suferința, chinul interior. Creația, ca produs original, ieșit din serie și nesupus legilor seriei, presupune nu doar entuziasm și performanțe superioare, ci mai ales o înzestrare nativă care incită la descoperirea lumii în ceea ce are ea profund și neobservabil. Talentul scurtcircuitează etape de experiență și se îmbogățește prin experiență. Talentul, și în forma sa superioară geniul, presupun o acțiune sinergică a forțelor mintale și spirituale. Artă, ca expresie a unui ideal de frumusețe, înseamnă în același timp armonie și rupere a formelor, descoperire a conținuturilor și imbinarea lor paradoxală și ca activitate umană artă se supune unor motive psihologice și ca produs al activității umane artă este obiect de studiu pentru estetică. Vorbînd despre motivele creației în literatură și pictură, J. GRENIER afirmă că ele constau într-un exces de vitalitate, de energie, exces care susține căutările artistului îndreptate spre lume, spre descoperirea puterii și secretului acestei lumi. Dincolo de mișcarea sa lăuntrică, de proiecția ei în mișcarea lumii din afară, de intenționalitatea pentru un anume produs finit, ceea ce dorește și realizează creatorul de artă este schimbarea haosului în cosmos.

Terenul fertil al artelor picturale (în special desenul) a fost „destelenit” de mulți cercetători, de la filozofi și esteticieni (KANT, CCMTE, HEGEL, MARX, TAINE, DIDEROT, NIETZSCHE, M. ELIADE, L. BLAGA etc.), pînă la specialiștii neurologici și psihiatri (PRINZHORN, BÜRGER-PRINZ, BOBON, A. MARRIE, REJA, VINCHON, FERDIÈRE, H. EY, C. ENĂCHESCU). Problema originii și psihogenezei creației artistice nu poate neglija și nici trage o limită de demarcație între evoluția omului, ca ființă ontologică, și evoluția civilizației umane în ansamblu. De la desenele rupestre descoperite la Alta-Mira pînă la PICASSO există un spațiu temporal considerabil dar, fără îndoială, și un spațiu psihosocial. De la reprezentările zoomorfe și antropomorfe desenate pe suprafața pietrelor, pe bucăți de piele sau pergament, pe vase de ceramică etc., pînă la picturile și sculpturile moderne care nu ezită să folosească orice material cunoscut (lemn, oțel, sticlă etc.), sub orice formă (chiar și obiecte casnice), creația artistică umană s-a dezvoltat și diver-

sificat continuu, dar a rămas în esență pe o coordonată unică: reflectarea materiei, formelor, ritmurilor și culorilor din lumea inconjurătoare prin intermediul propriului psihism. De la sensul magic al începuturilor culturii umane, pînă la valențele de simbol ale unei idei, al unui complex ideo-afectiv, opera artistică oferă exemplul unei laturi a creativității umane în care analiza raportului cu psihologia și psihopatologia, deși implică multe cunoștințe, finețe și discernămint, este totuși posibilă. Căile de abordare au fost extrem de diverse de-a lungul timpului, în funcție de teoriile filozofice și progresele științei care au dominat epoca respectivă.

Psihanaliza încearcă o explicare a modalităților creației, de la fantasmă și scenariu imaginar, pînă la produsul real finit capabil să trezească o emoție artistică. După JUNG, tendința creatoare este o forță naturală acaparantă, dincolo de răul și binele existenței comune. Această forță este denumită de JUNG „complex autonom”. Ar rezulta de aici că actul creator se supune în primul rînd unui imperativ inconștient, intenționalitatea conștientă fiind secundară și venind să organizeze un produs brut. JUNG consideră că arta în sine, ca ultimă expresie a frumuseții, își este suficientă ei însăși și sensurile apar dacă ne situăm pe pozițiile relației dintre artă și psihologie. Opera de artă în sine este o formă perfectă și ea nu spune nimic, în mod explicit, despre căile premergătoare și aceste căi se dezvăluie printr-o analiză a simbolicului, a metaforelor, a semnificațiilor, a subtextului. Verbul primitiv, despre care vorbește Gerhart HAUPTMANN, este verbul prin care străbate pulsivitatea, care trimite la imagini arhetipale sau la fantasmă individuale inconștiente, încărcate de imagini arhaice, de simboluri colective. FREUD face o analogie între procesul creației și jocul copilului (scriitorul „crează o lume a fanteziei pe care o tratează cu multă seriozitate, adică investește în ea o mare încărcătură afectivă, distingînd-o net de realitate”). FREUD vede o legătură strînsă între creația artistică și activitatea fantasmatică. Plăcerea pe care o produce opera literară (și acest lucru se poate extinde la întreaga creație artistică) este în primul rînd o „plăcere preliminară”, denumită de FREUD „premiu de seducție” și corespunde plăcerii estetice (scriitorul și în genere creatorul deghizează reveria sa egoistă, această modificare producînd plăcerea formală sau estetică). Plăcerea propriu-zisă provine din faptul că opera artistică eliberează de tensiuni pe cel căruia i se

adresează. În interpretare psihanalitică opera de artă ar fi „simbolizarea ultimă a unui conținut pulsional inconștient”. P. RICOEUR, în eseuul său asupra lui FREUD (De l'interprétation, 1965) plasează nu doar arta și cultura



Hieronymus Bosch

în genere, între Eros și Thanatos, afirmînd că obiectul estetic „este unul din răspunsurile posibile ale lui Eros, dat pulsivității morții”. Deosebirea între creatorul de artă și ceilalți ar consta în modul diferit de a se raporta la materialul fantasmatic și la creator: această raportare se supune procesului de sublimare.

Suprarealismul în artă — curent care se revoltă împotriva ideologiilor represive și a falselor valori — promovează imaginația ca resort principal în creație, postulează forța energiilor profunde de a căror sublimare este arta, pledează pentru libertatea acestei forțe împotriva rigorilor retorice clasice. Suprarealismul, curent de provocare și scandal, face din dorință un resort principal și proclamă forța subversivă a Erosului, considerînd că arta este „o violență, un raptus, o metamorfoză dureroasă a corpului” (Xavier GAUTHIER). Se pare că toată imageria suprarealistă, în

multiplele ei forme, cu exacerbări ale deta-
liului și contaminări de conținuturi, se cen-
trează pe trebuința de posesiune, pe transfor-
marea lui „a fi” în „a avea”. După ARAGON,
„imaginea este un stupefiant, folosirea ei
trebuie să fie dereglată și pasională”. După
BRETON, „imaginea este intraductibilă, ea
scapă constringerilor Supraeului pentru a
traduce direct impulsunile Sinelui”. Într-o
scrisoare pe care FREUD o scrie lui S. ZWEIG,
în 1938, autorul psihanalizei afirmă că este
tentat să-i considere pe suprarealiști ca „ne-
buni integrali”, FREUD considerînd că rapor-
tul cantitativ între materialul inconștient și
elaborarea lui, în artă, trebuie să se păstreze
„în limite determinate”. Suprarealiștii au
încercat o aducere la suprafață, poate brută,
a inconștientului, au stimulat puterea inconș-
tientului, au încercat să folosească meca-
nismele inconștientului (vezi scriitura auto-
matică), în esență ei au încercat să prindă, în
artă, neliniștea stranie a psihismului profund.
Este vorba aici de o afirmare a unor conținu-
turi psihice axiale care se încrucișează, se
lovesc, caută o conciliere între imposibil și
interzis, între tentație și imposibil, dar care
nu își găsesc un echilibru stabil. Cum afirmă
J. B. PONTALIS, „trăiască eșecul suprareali-
smlului”. Este curentul care scapă cel mai
mult unui control conștient creator, în sensul
clasic al expresiei de conștiință creatoare.
Astfel, experiența artistică a suprarealismului
delvine o creație a paradoxului, un fel de rea-
bilitare a automatismului și a puterii inconștien-
tului, a fantasticului, a oniricului, a nonsensu-
lui și este o eliberare a energiilor profunde care
trimite deopotrivă la arta psihopatologică și
la arta primitivă.

S-a vehiculat ipoteza tangenței geniului
cu nebunia. Faptul nu presupune o identitate
a drumurilor acestor personaje, din punct de
vedere fenomenologic „geniul își depășește
rangul, în timp ce alienatul își depășește cadrul
(MINKOWSKI). Aproximarea constă în faptul că
ambii trec dincolo de un anumit sistem de
limite și se plasează în excepțional. Diferența
este însă esențială: opera de artă are caracter
transpersonal și supraindividual, creatorul se
angajează în destinul umanității. Forța care
dezechilibrează se înrușește cu forța creatoare
prin aceea că amîndouă sint energii de smulgere,
de ruptură. Creația perturbă adaptarea cu-
rentă, dar nu distruge realul, îi imprimă o
mișcare transcendentă, dincolo de mișcarea
comună a lucrurilor. Bolnavul mintal, și în
special psihoticul, suportă o zdruncinare inte-
rioară care nu este nici revoltă spirituală,

nici revoltă novatoare. Psihoticul regresează
spre conținutul primitiv căruia îi dă o formă
primitivă și artistul sublimează acest conținut.
Procesul alienării grave și procesul creației
se pot atinge doar în măsura în care ele re-
prezintă două modalități extreme ale investirii
și descărcării unei mari energii psihice în expre-
sii care corespund, toate, unui ideal de frumu-
șețe.

Mai aproape de formația medicală modernă,
studiile de neuropsihologie normală și pato-
logică, deși nu reușesc să ofere în întregime
explicațiile dorite și așteptate, au încercat
totuși o pătrundere fundamentală pe baze ști-
ințifice (clinice, anatomopatologice, psiho-
diagnostice) mai ales către domeniul de expresie
psihoplastică (în special desen.) Este remarcabilă,
în acest sens, contribuția cercetătorului
român C. ENĂCHESCU care, în urma unui
studiu bine argumentat ajunge la concluzia
că expresia plastică apare ca o formă de exte-
riorizare a conținutului intrapsihic global al per-
sonalității, cu aceeași valoare ca cea a limba-
jului oral și scris pentru procesul de comunicare
interpersonală. Expresia plastică devine un
mesaj, un „limbaj”, un sistem simbolic infor-
mațional, neuropsihologic, în care funcția
plastică este concepută ca parte integrantă
a contextului funcțiilor simbolice mintale.
Vehiculînd conținutul intrapsihic al indivi-
dului, expresia reflectă personalitatea globală
a acestuia.

Fără a intra în analiza artei „normale” ne
propunem să facem câteva referiri la arta
patologică, mai precis la formele ei de repre-
zentare la bolnavii aparținînd unor categorii
nosologice bine conturate. Redăm în acest
sens schema generală neuropsihopatologică a
desenului și a expresiei plastice (după C.
ENĂCHESCU — „Expresia plastică a perso-
nalității”) (tabelul XXV).

Afirmația lui H. EY că „nebunia nu produce
opere de artă, ea nu este creatoare” rezumă
întreaga esență a problemei.

În concepția lui J. BOBON și G. MACCA-
GNANI, producțiile plastice ale bolnavilor
psihici se pot delimita în trei mari grupe:

- expresia plastică elementară (mizgă-
leala, stereotipiile parakinetice grafice
simple, formele geometrice simple, sem-
nul plastic, desenul semn sau pseudo-
scrierea, desenul elementar);
- expresia plastică concretă (naturalismul
reprezentativ, naturalismul simbolic);
- expresia plastică abstractă (abstractul
prezentativ, abstractul simbolic).

Tabel nr. XXV

Proces	Normal	Patologic	
		Expresia plastică	Desenul
IDENTIFI- CARE	Recunoaștere Denumire, defini- nă, clasificare Orientare	Parțială/absentă Aproximativ incorectă/ confuză Parțială/incorectă/impo- sibilă Parțială/greșită/absurdă	— — — —
	Funcționalitate	Parțială/greșită/absurdă	—
REPREZEN- TARE	Formarea ima- ginii mintale	Parțială Defectuoasă Imposibilă	— — —
REPRODUCERE HETERO-REPRODUCERE	Execuție	Parțială Greșită Imposibilă	Linii punctate, îngroșate, între- rupte, imprecizie, tremurat, sub- dimensionarea imaginilor/supra- dimensionarea lor, alungire ori- zontală/verticală
	Aranjare	Haotică Înghesuită Incorectă	Dispersiunea imaginilor/aglome- rarea lor, suprapunere și trans- parență, răsturnarea imaginii
	Construcție	Incompletă Repetată Inadecvată Săracă	Nelegarea imaginii (contur des- chis), deformare, perseverare, stereotipie, schematizare, miz- găleală
	Spațiu	Tulburări de ritm, dez- orientare dr./stg. în sus/ în jos, imposibilitate par- țială/totală a reprezentă- rii spațiale	Tulburarea ritmului, a perspec- tivei, imagine hemispațială, des- compunerea imaginii tridimen- sionale în imagine plană
	Sens	Incomplet/incorect/ fără sens	Disoluție, descompunere, miz- găleală
AUTO- REPRO- DUCERE	Schema corpo- rală	Diverse tulburări	Transparență, asimetrie, dispro- porție, dublu profil asimetric

C. ENĂCHESCU oferă o clasificare care caută să armonizeze nosologia clinico-psihiatrică cu caracteristicile producției artistice psihopatologice :

- creația artistică imatură (oligofreni) §
- creația artistică caracteriopică (disarmonici) §
- creația artistică nevrotică (nevrotici) §
- creația artistică psihotică : delirant-introspectivă (schizofrenici), senzitiv-extro-

spectivă (epileptici), cicloidă (psihoza maniaco-depresivă) §

- creația artistică dementială (demențe).

○ clasificare după criteriile etiologice și topografice, deși prezintă avantaje psihodiagnostice, nu poate fi totuși decât relativă și eventual orientativă (în sindromul de hipertensiune intracraniană, în leziunile traumatiche cerebrale, în leziunile vasculare și inflamatorii ale creierului și în procesele abiotrofice).

În oligofrenii, ca și în demențe, producțiile plastice se caracterizează prin stingăcie și absurd, prin dezordine (chiar dacă este vorba de simple mișgălituri). Dacă în cazul unor oligofrenii grave poate surprinde câteodată extra-



Anita Siegel

ordinarul decalaj între inteligența estetică și nivelul intelectual global, în paralizia generală progresivă poate frapa semnificația erotică destinată unor simple figurări. Cea mai mare productivitate în arta psihopatologică o au schizofrenii; tablourile lor sînt încărcate de bizarerie, abstractizări, elemente non-figurative cu simbolizare morbidă, manierisme, construcții schematice — căutînd simetria, grifonaje, încadrări și detalii multiple, elemente fantastic-dereiste. Aceste tablouri nu sînt originale în sens artistic, ele sînt insolite iar stranietatea lor trimite evident la procesul morbid destructurant. Tot în desenele schizofrenilor apar aglutinări și contaminări de conținuturi, modificări patoplastice în forme combinate de om-plantă sau animal-om sau ființă-lucru (interesantă este aici înrudirea — aproape pînă la identitate — dintre aceste modificări patoplastice și fenomenele particulare de tipul contaminării de conținuturi în

discursul Rorschach al schizofrenilor). F. MINKOWSKA distinge (pornind de la proto-coale Rorschach și extrapolînd apoi asupra experienței artistice, în special în pictură) două modalități stilistice: modalitatea schizoid-schizofrenică (rațională), caracterizată prin izolare, Spaltung, abordare rigidă, abstractă, impersonală, și modalitatea epileptoid-epileptică (senzorială), caracterizată prin elemente de legătură adezivă, proximitate, unire și ruptură brutală, explozivă (vezi analiza făcută de MINKOWSKA tablourilor lui Van GOGH, în care predomină trăsătura senzorială, unele elemente din seria schizoid-schizofrenică). Concluzia pe care o trage autoarea (ca și JASPERS) analizînd lumea formelor și lucrărilor lui SEURAT, Van GOGH, GAUGUIN ca și studiile lui DUPRÉ asupra depresiei melancolice de care suferea Victor HUGO, delirul terminal al lui GAUGUIN, toxicomania lui MODIGLIANI, „ciudățeniile caracteriale“ ale unor CÉZANNE și DELACROIX — nu fac decît să ridice întrebări în legătură cu relația dintre structura dizarmonică a personalității, fenomenul psihopatologic și artă. Sînt bine cunoscute în prezent efectele psihostimulențelor asupra creativității, dintre care alcoolul este cel mai banal (în picturile alcoolicilor apar imagini cu caracter fantastic, terifiant, mișcările sînt dezorganizate și amenințătoare, ele trimițînd la viziunile zoopsice, la trăiri delirant-halucinatorii). Dezagregarea psihică sub influența hașișului (remarcabile mărturii ne-a lăsat în acest sens MOREAU de TOURS), mescalinei și LSD-ului au constituit obiectul unor cercetări experimentale care s-au materializat și grafic prin imagini fantastice, viziuni mistice sau erotice, tratate într-o manieră naivă și stingăce. Psihozele paranoice reflectă în producțiile lor artistice trăsăturile de ax ale personalității și nivelul său morbid: neîncredere, orgoliu nemăsurat, delir de invenție sau revendicare etc. Psihozele afective nu sînt „productive“ decît prin forma lor (hipo)maniacală, datorită componentei hiperactivității grafice al cărei conținut este oglinda euforiei, autostimei crescute, tendinței lucide și excitației pe plan sexual.

Arta psihopatologică este proiecția unei personalități anormale, modificate structural și existențial. Această artă nu reprezintă rezultatul unui proces creator autentic dar ea nu este, în exclusivitate, rezultatul unui proces morbid; nu toți bolnavii psihici pictează sau scriu; maladia mintală, prin ea însăși, nu constituie un resort al creației morbide și există, firește, încă ceva, anumite trăsături de perso-

nalitate, un ansamblu de trebuințe specifice unor modalități de expresie artistică pe care simptomul o modifică dar nu o generează. Bolnavul psihic creator este în dezacord cu sine și cu desfășurarea sa în lume. Patoestetica — ramură desprinsă din arta psihopatologică — studiază comparativ creația artistică din patologia mintală, arta infantilă și primitivă, arta modernistă (expresionismul, suprarealismul). Artă psihopatologică ar putea fi o reintoarcere la forme de artă primitivă.

Concepută ca instrument terapeutic și ca metodă nonverbală, bazată pe desen și creație psihoplastică, arta a îmbrăcat forma unei „terapii” (→ARTTERAPIE), ca metodă specializată și complexă de psihoterapie ocupațională, individuală sau de grup, în tratamentul și reabilitarea tulburărilor psihice. Eficiența sa constă atît în dubla funcție a operei picturale, de semnificație și de comunicare, cît și în rolul de reabilitare-resocializare.

După cum se exprimă H. AUBIN și D. POROT, „muzica, deși „bogată în promisiuni, nu a fost deloc exploatată decît în mod foarte empiric, doar în activitatea de reeducare a psihomotricității prin găsirea ritmurilor favorabile”, utilizarea meloterapiei ca formă de artterapie, ca și a coregrafiei sau a altor forme de expresie artistică, nebucurîndu-se încă de o utilizare la parametrii lor maximi. Alte forme de expresie artistică (sculptura, fotografia etc.) își așteaptă revitalizarea potențialului lor psihosocial, iar psihiatria va trebui să învețe din ce în ce mai bine să le cunoască și să le aplice în acțiunile sale de psihoigienă, psiho-profilaxie și terapie.

1050. ARTAN^(M) S.U.A. — DCI *Trihexis-*
sin.
fenidinum ● Antiparkinsonian → ROMPAR-
KIN^(M) România.

1051. ARTEFACT (fr. *artefact* și cf. lat. *artis facta* „efecte ale abilității, ale îndemnării”) ● Structurare a unui fenomen în mod accidental sau artificial, care poate apărea în cursul unei experiențe sau observații efectuate asupra unui fenomen natural, ca și în cursul unei investigații sau explorări. După HOLZINGER, este un pseudoconstituant. Termenul este utilizat frecvent pentru denumirea imaginilor false care apar în înregistrările obținute prin investigații (EEG, EKG, RX etc.). În cibernetică este folosit pentru semnalul parazit supus unei informații în semnificația căreia joacă un rol nul sau negativ.

Și în psihiatrie se poate vorbi de artefacte în gândire, după cum și iluziile ar putea fi considerate drept artefacte.

1052. ARTEFACTA DERMATITIS ● Dermatiță ușor de recunoscut, determinată de leziuni prin grataj care se produc în timpul somnului. Zonele afectate cel mai frecvent sînt mîinile, abdomenul, picioarele și uneori fața. Mecanismul de producere este de tip impulsiv, asemănător TRICOTILOMANIEI.

1053. ARTEFACTE (EEG) ● Modificări apărute pe traseul electroencefalografic, nedatorate activității cerebrale normale sau patologice. Cauzele artefactelor sînt foarte variate reprezentînd o sursă de eroare, a cărei frecvență scade proporțional cu gradul de experiență al examinatorului. Uneori este vorba de lipsa de cooperare a subiectului (nepregătit psihologic, anxios, copil), altelei modificările au la bază o cauză fizică (curentul de sector), dar mai frecvent se constată artefacte de cauză biologică. Acestea sînt determinate de înregistrările activității bioelectrice a mușchilor scalpului, feței, cefei (electromiograma), a cordului (electrocardiograma în special în montajul transversal, pe derivațiile posterioare) și altelei un electrod poate capta și înregistra pulsațiile unui vas subiacent. Unde lente cu amplificare mare, avînd sediul în special în derivațiile anterioare, sînt manifestări ale mișcărilor globilor oculari (artefacte oculare). Dacă pielea capului este transpirată pot apărea artefacte sub forma unor unde lente și ample.

Alte numeroase artefacte au cauză mecanică: deplasarea unui electrod sau a firelor de legătură, tremurul capului.

1054. ARTENSOL^(M) Columbia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betabloccant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPANOLOL^(M).

1055. ARTERIOGRAFIE (cf. gr. *arteria* „arteră” și *graphein* „a scrie”) ● Metodă radiologică de diagnostic care folosește un mediu de contrast, de obicei, o substanță triiodată. Îndeosebi arteriografia cerebrală a devenit unul din procedeele uzuale și de mare importanță, de radiodiagnostic în neurochirurgie. Contraindicațiile ei constau în intoleranță la iod, cardiopatii decompensate, arterioscleroză avansată, starea de comă și accidentele vasculare acute. Folosirea metodei este indispensabilă în diagnosticarea unei formațiuni expansive intracraniene, a malformațiilor vasculare, în accidentele vasculare cerebrale vechi și în

traumatologia craniocerebrală. Ca tehnică de efectuare a arteriografiei se descriu două metode:

- una indirectă, practică în cazuri cu indicații speciale, care constă în intro-



ducerea unei cantități mai mari de substanță iodată prin cateterizarea unei artere periferice (humerală sau femurală), obținându-se o angiografie totală a encefalului;

- metoda directă în care se puncționează arterele carotidiene sau vertebrale de la gât, introducând direct în sistemul circulator cerebral o cantitate redusă de substanță de contrast.

De obicei se efectuează două clișee, de față și de profil, dar pentru detalii se folosesc și incidente de 3/4 sau tehnica seriografică, când se obțin variate faze ale circulației cerebrale. Se urmăresc: tipul de circulație arterială, calibrul și integritatea morfologică a vaselor, existența zonelor avascularare sau, dimpotrivă, injectarea patologică de neoformație sub forma vascularizațiilor în exces cu caracter anormal, deplasări și derulări de vase. Un diagnostic corect necesită ca interpretarea clișeeilor să fie făcută pe baza cunoașterii radioanatomiei normale și patologice a arborelui vascular cerebral și a tehnicii de efectuare a arteriografiei.

1056. ARTERIOSCLEROZĂ CEREBRALĂ
(cf. gr. arteria „arteră” și skleros „dur.” și lat

cerebrum „creier”) (ASC) • Entitate nosologică separată din grupul mare al demențelor senile în urma studiilor lui KLIPPEL și LHERMITTE. Separarea de entitățile apropiate (demențe senile, presenile) a avut în vedere, în principal, datele anatomopatologice. Diferențierea de demențele cu expresie neurologică pură se bazează tot pe aspectul histologic: în demențele vasculare, leziunile corticale sînt multiple și minime, cu caracter difuz, în opoziție cu leziunile focale din afecțiunile neurologice. Procentul demențelor vasculare este de 20—40% din totalul demențelor. Una din caracteristicile principale o constituie evoluția ondulatorie.

Anatomia patologică, caracteristică arteriosclerozei cerebrale, descrisă pentru prima dată de LOBSTEIN (1833), evidențiază o indurație macroscopică a arterelor. Se diferențiază: ateroscleroza sau arterioscleroza — infiltrație lipidică a peretelui vaselor mari și mijlocii și arterioscleroza — proces care afectează arterele mici, consecință a unei hipertensiuni sistemice. La nivelul creierului se descriu trei tipuri de leziuni arteriale:

- arterioscleroza comună — fenomen apropiat de îmbătrînirea normală a arterelor — constă într-o îngroșare a intimei și o depunere fibrocalcică în perete dînd artera în „tub de pipă”. Afectarea vaselor cerebrale apare în general tardiv, la aproximativ 70 de ani și
- arterioscleroza patologică — se leagă de anomalii metabolice, glucidice și lipidice ale endarterei. Degenerescența intimei determină formarea plăcii de aterom. Localizarea electivă a acesteia este la nivelul vaselor mari ale gîtului și al poligonului Willis și
- leziuni arteriale elementare proprii sistemului nervos central — angiopatia congofilă, angiopatia distrofică, depozitele calcice ale maladiei Fahr.

Leziuni parenchimotoase cerebrale:

- Accidentele embolice sau hemoragiile cerebrale sînt determinate de ateromatoza vaselor mari. În general, leziunea este în funcție de intensitatea, durata și extinderea deficitului circulator. În cazul cînd acesta este global, de intensitate medie și de durată limitată — se produce necroza ischemică Spielmeyer cu lezarea celulelor ganglionare. Cînd deficitul este localizat, dar brutal și de intensitate mare, se produce „necroza de lichiefiere”

cu ramolismnt alb sau roșu limitat la un teritoriu vascular definit.

- Ischemia lentă și progresivă (creierul vascular) determină leziuni diseminate, multiple, în macrofocare situate în cortex și/sau în nucleii cenușii. Cicatricele retractile ale acestor leziuni sînt responsabile de stările verucoase (SPATZ) și de atrofiile granuloase.
- Boala hipertensivă creează, în afară de ramolismnt și hemoragii, o encefalopatie hipertensivă caracterizată prin scleroahialoză arterio-capilară; este răs-punzătoare de apariția unor numeroase focare micromalacice (encefalopatia sub-corticală Binswanger).

Fiziopatologie. Consecința arteriosclerozel cerebrale este o insuficiență circulatorie relativă cu hipoxie tisulară. Un rol important în gravitatea, localizarea și răsunsetul leziunilor ischemice este ocupat de existența căilor arteriale colaterale. Măsurarea debitului sanguin cerebral și a consumului de oxigen la subiecții cu ASC arată valori scăzute, existînd un raport între aceste cifre și gravitatea tabloului clinic. În afara factorilor circulatori, în geneza involuției cerebrale se acordă astăzi importanță neuromediatorilor centrali.

Clinic, se pot distinge mai multe stadii:

- Manifestări psihice premonitorii;
- sindrom neurastenic — cu fatigabilitate intelectuală, tulburări prosexice și mnezice, insomnii, iritabilitate, hiperemotivitate. Testele psihologice confirmă deficitul prosexo-mnezic. Examenul clinic și paraclinic evidențiază hipertensiunea arterială, uneori atingere cardiovasculară, arteriopatie retiniană, hiperlipidemie și hipercolesterolemie;
- tulburări de dispoziție și caracter; anxietate, idei de incapacitate, sensibilitate exacerbată, uneori stări depressive, alteori agitație hipomaniacală predominant nocturnă sau idei delirante — persecuție, gelozie;
- stări confuzionale frecvente, uneori de aspect minor „claudicație intermitentă cerebrală”, „psihoplegie” (LOGRE și DESHAIES). Alteori au un aspect mai grav, cu dezorientare, fugă, apariție predominant vesperală. Acestele sînt de scurtă durată, reversibile. Sînt însoțite de delir oniric anxios, care uneori poate fi dominant — delirul cronic al subiecților în vîrstă, cu teme de persecuție, descris de REGIS. Aceste manifestări apar în cadrul unor ischemii

pasagere. Atunci cînd sînt secundare unui ictus, tabloul clinic cuprinde semne neurologice (paralizie, atingerea funcțiilor simbolice), obnubilare, tulburări mnezice, delir oniric, care pot evolua către un deficit intelectual profund.

- În perioada ASC constituit:
- formele cu tulburări neurologice;
 - Paralizia pseudobulbară descrisă de THUREL (1929): debutul este precoce, iar evoluția lentă și progresivă; simptomatologia constă în dizartrie, disfație, fație imobil, ris și plîns spasmodic. Examenul neurologic evidențiază afectarea nervului facial și abolirea reflexelor facio-linguo-faringiene.
 - Sindromul lacunar Pierre-Marie — datorat unor focare microscopice de ramolismnt, survine în urma mai multor ictusuri hemipleșice urmate de recuperare parțială. Simptomele constau în pareza membrelor inferioare, cu mers cu pași mici, Babinski bilateral, dizartrie, labilitate emoțională. Deficitul intelectual poate evolua spre demență.
 - Paralizia de flexie Alajouanine, asemănătoare cu cea precedentă, datorată unor leziuni vasculare cerebrale difuze; alături de tabloului demențial o contractură în flexie, secundar fixată prin retracție tendinoasă.
 - Rigiditatea musculară Foerster, este un sindrom parkinsonian de origine vasculară.
- demențele vasculare sînt datorate unor leziuni minime și multiple. Acestea sînt:
 - Demențe senile vasculare pure — reprezintă 20% din formele de demențe senile. Leziunea constă într-o demielinizare difuză a substanței albe realizînd encefalopatia subcorticală Binswanger. Corespunde unei demențe profunde, cu tulburări mnezice globale și de funcții simbolice.
 - Demențe vasculare presenile datorate unor leziuni de atrofie granulară; semnele particulare ale demenței sînt: atingerea funcțiilor simbolice și dificultatea comunicării.
 - Demențele vasculare focale dau tablouri clinice diferite după sediul focarului de ramolismnt.

Diagnostic. Semnele caracteristice afecțiunii sînt: evoluția ondulantă, păstrarea conștiinței

bolii, semne neurologice de focalizare, cardio-sau vasculopatia, tulburări de metabolism lipido-glucidic. EEG dă date în formele focalizate. Alte investigații: studii funcțional al circulației cerebrale (DOPPLER), arteriografie, tomodensitometrie. Diagnosticul diferențial se face cu alte procese organice cerebrale ale subiectului în vîrstă — demențe presenile (Pick, Alzheimer) și senile.

1057. ARTHUR GRACE⁽²⁾ — *scala* ● Scala de performanță pe puncte Arthur (A point scale of performance tests) reprezintă o metodă psihologică de măsurare a inteligenței generale după modelul scalelor pe puncte (cote brute obținute la probele constitutive transformate în puncte, suma acestora fiind convertită în vîrstă mintală) și este valabilă de la 3 la 15 ani și este constituită din probe nonverbale, de performanță; ceea ce permite aplicarea și la subiecți timizi, inhibați, surdo-muți, fiind foarte mult utilizată în practică. Scala de performanță Arthur a fost elaborată în două variante: prima formă datează din 1925, iar a doua formă, revizuită (cuprinzind cinci din cele nouă teste inițiale, precum și standardizarea și etalonajul definitiv), din 1947. Etalonarea s-a făcut pe vîrstă mintală, atît pentru scala în ansamblu, cit și pentru unele teste separate (ceea ce permite aplicarea lor în mod izolat în condiții de timp insuficient sau pentru o examinare rapidă). Testele constitutive bateriei Arthur sînt următoarele: cuburile Kohs și planșetele Seguin (aranjare de forme geometrice decupate pe planșe prezentînd forma decupației); labirintele Porteus; testul de completare de imagini Healy II (planșă pe care sînt reprezentate 11 secvențe succesive ale unei activități cotidiene, în fiecare din ele existînd o singură lacună) și testul șablon Grace Arthur (Stencil design test), cu funcții similare cuburilor Kohs (testul șablon cuprinde 20 desene în culori, subiectul trebuind să reproducă colorația prin suprapunere de șabloane-cartoane, dintre care unele sînt colorate, iar altele monocrome, 12 cartoane fiind decupabile și permițînd astfel reconstituirea modelelor). Cele mai multe probe ale scării G. Arthur au fost preluate din scala de performanță Pintner-Paterson (1914). Între rezultatele la scala Arthur și scala Stanford-Binet s-au obținut corelații de la 0,50—0,80.

1058. ARTHUS⁽²⁾ test ● Metodă de investigare a resurselor imaginativ-creatoare ale copiilor, concretizată în diferite modele de concepere a unui sat (pe baza unor elemente componente care le sînt oferite).

1059. ARTIFAR⁽²⁾ Grecia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamat, cu acțiune anxiclitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

1060. ARTIFICIAL (cf. lat. *artificium* „măiestrie, artă”) ● Sensul curent al cuvîntului „ceea ce nu este natural, este produs de activitatea umană” este lărgit în psihiatrie cu semnificația de provocat, făcut. BAUDELAIRE folosește, probabil primul, termenul de artificial pentru a descrie efectul psihotropelor — respectiv al hașîșului — în celebrele sale „Paradisuri artificiale” (lucrare care, prin finețea analizei trăirilor și prin geniul poetic al autorului, rămîne înegalabilă). În același sens se vorbește de somn artificial atunci cînd somnul este provocat de somnifere sau prin mijloace fizice. Termenul îmbracă uneori sensul de inautentic, de lipsit de naturalețe. Astfel, anxietatea rămîne pentru observator o stare care pare artificială, oricît de intens ar fi trăită de subiect. Comportamentul isteric este apreciat de mulți autori ca artificial, lipsit de naturalețe și firesc, fără autenticitate. Limbajul artificial, în care construcțiile verbale, sintaxa și morfologia sînt subordonate procesului disociativ, este specific schizofreniei, în care nu numai comunicarea verbală, ci și cea mimico-gestuală îmbracă același caracter.

1061. ARTIFICIALISM (cf. lat. *artificium* „măiestrie, artă”) ● În concepția lui PIAGET — etapă în dezvoltarea intelectuală a copilului, în care acesta atribuie obiectelor naturale o geneză artificială. Fenomenele și obiectele naturale sînt, după credința copilului, realizate de oameni în scopuri utilitare.

1062. ARTIFICIU (cf. lat. *artificium* „măiestrie, artă”) ● Conduită disimulatorie prin care subiectul se apără de examinarea psihică. Artificiile au fost clasificate de COURBON în: negație, dilatație, interogație, acuzație ironică, dezipsicență, deficiență exploratorie, reticență de conveniență.

1063. ARTISTIC — tip ● Psihotip care, pornind de la tipologia pavloviană, se caracterizează prin: intuitivitate, imaginație bogată alimentată de stocajul mnezic predominant imagistic, percepții vii, elevitate și analiză fină în observație, emotivitate crescută și labilă. Se consideră că la persoanele din această categorie există o asinergie între cele două emisfere cerebrale, cu dominanța emisferei drepte.

1064. **ARTOLON**^(M) Olanda — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli dicarbamat, cu acțiune sedativă-anxiolitică, anti-convulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă; alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând realiza un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT**^(M).

1065. **ARTTERAPIE** (cf. lat. *ars* „artă” și gr. *therapeia* „grijă”) (Terapie prin artă) ● Ansamblu de metode și tehnici bazate pe stimularea (pe cât posibil organizată, individuală sau colectivă) posibilităților de exprimare artistică a bolnavilor psihici, în scop psihoterapeutic circumscrișă terapiei creativității (→ **PSIHOTERAPII**). Este o formă de psihoterapie complexă și specifică, în sensul că folosește mesaje nonverbale, care merg de la căile de expresie plastică (desen, pictură, modelaj, artizanat, ceramică, sculptură) și muzicală (audiții colective, interpretări de piese muzicale de către subiecți etc.), până la mijloacele dramatice de expresivitate mimico-gestuală scenică și coregrafică. Oferind posibilități reale și autentice de resocializare a bolnavilor psihici, este indicată în orice afecțiune, cu excepția stărilor de deteriorare masivă, a stărilor de agitație psihomotorie, negativism accentuat, epilepsie, confuzie mintală și a celor asociate cu maladii somatice invalidante.

Artterapia implică două aspecte: producțiile artistice spontane sau solicitate de medic (ca adjuvant al tratamentului psihiatric) și influențarea subiectului prin receptarea operei de artă. După cum susțin numeroși specialiști (**VOLMAT**, **PESSIN**, **FRIEDMANN**, **OBIOLS**, **NAUMBURG**, **ROSOLATO**, **BERGERSON**), mesajul plastic este încărcat de valențe terapeutice: descărcarea unor tensiuni latente, conflicte, dorințe și complexe și diminuarea anxietății și generarea încrederii în forțele proprii și dezvoltarea de gusturi și vocații noi și întărirea Eului și ameliorarea comportamentului și comunicării interpersonale și atenuarea traumatismului internării prelungite și favorizarea aplicării altor terapii (psihotrope, biologice etc.). Utilizată inițial în reeducarea copiilor cu sechele postencefalitice, a afazicilor și neadaptatilor, terapia prin expresie plastică s-a extins ca tratament și la adulți (nevrotici și psihotici) începând cu primele decenii ale

secolului al XX-lea. **MAYER** și **PANETH** utilizează, în 1929, desenul și **HILL**, între 1939—1944, creează un puternic centru de interes și deconectare pentru bolnavi și infirmiere, sub forma unei biblioteci circulante de tablouri. La Barcelona, **OBIOLS** a fixat tehnica psihoterapeutică prin „arta psihopatologică” (**Anvers**, 1962), arătând că expresia plastică are o acțiune centripetă asupra creatorului, uneori benefică, alteori malefică, ea dezvăluind în manieră directă simboluri originare ale inconștientului și având o putere catartice largă.

Gele mai utilizate forme ale artterapiei sînt și

- metoda desenului tematic (inspirată de tehnicile proiective, TAT, testul pomului, Rorschach) și
- metoda desenului după model și
- metoda desenului liber (cea mai specifică formă de artterapie, în cursul căreia subiectul execută lucrări tematice libere și originale, sub supravegherea echipei terapeutice) și
- metoda picturii digitale („finger painting”) care utilizează materialul pictural prin contact senzorio-digital similar activității artterapice de modelaj și sculptură (**SHAW**, **FLEMMING**) și
- metoda artterapiei familiale (**H. EY**, **KWIATKOSKA**) și
- metoda activității colectiv-unice (constind din executarea unei lucrări de mări proporții, concomitent, de către mai mulți subiecți).

Contaminarea, rezistența colectivă, tendința la singularizare și chiar cea distructivă constituie accidente posibile în cursul artterapiei.

Mai veche sub raport istoric (**LIEUTAUD**, 1776) este citată muzica, printre procedeele de calmare și **SÉGUIN** (1840) a utilizat-o pentru reeducarea idiotilor și meloterapia cunoaște astăzi un interes crescut datorită economicității metodei, virtuților ei terapeutice (efecte neurovegetative, somatice și mai ales afective) și unei largi aplicabilități (practic este și mai veche, marchizului de Sade datorindu-i-se prima întrebuițare expresivă a teatrului în scop terapeutic, pe baza constatării valorii catartice a jocului dramatic. Psihodrama (**J. MORENO**, 1921) este cea mai celebră tehnică terapeutică. Cuprinde trei părți (punerea în temă, jocul dramatic colectiv, bazat pe un scenariu improvizat, discuția finală) și folosește jocul dramatic liber, spontaneitatea și improvizatiile scenice ale bolnavilor-actori, în care intervine pentru a conduce jocul un

personaj neutru (psihoterapeutul). Astfel, conflictele personale și tensiunile sînt exteriorizate și, grație acestor abreații, subiectul se înțelege și se transformă pe măsură ce el se (re)cunoaște. Psihodrama are dubla accepțiune, de tehnică psihoterapeutică și de metodă de cercetare și diagnoză a personalității. Reprezentarea scenică (DARS și BENAÏT, 1964) este o metodă catartică bazată pe transpunerea scenică de texte literare sau dramatice, cu deprinderea formelor de expresivitate mimicogestuală sau îndrumarea unui monitor de artă dramatică.

Artterapiile se desfășoară în spații special amenajate din cadrul spitalelor psihiatrice și al staționarelor de zi, dar minimum de terapie prin artă se poate realiza în orice unitate sanitară prin expoziții de tablouri, gravuri sau colaje, prin stații de amplificare cu benzi sonore selectate adecvat.

1066. ARUGAMA ● Tehnică utilizată în terapia Morita în Japonia, foarte apropiată de imersie. Această tehnică controlată, aparținînd terapilor comportamentale, are rădăcini tradiționale în cultura japoneză. Este folosită în stările fobice.

1067. ARVYNOL^(M) Anglia, Japonia — DCI *Ectlorvinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-pentan-4-in-3-ol cu acțiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă și anti-convulsivantă. Indicat în nevroze anxioase și ceneștopate, afecțiuni psihosomatice.

1068. ASAMBLAJ⁽²⁾ test ● Testele de asamblaj (originate în modelul lui J. L. STENQUIST) fac parte din categoria testelor non-verbale și de performanță, fiind utilizate independent sau ca probe constitutive ale unor baterii psihometrice în scopul evaluării unor aptitudini de tipul dexterității, imaginației sau al gândirii constructive, cit și al unor calități ale proceselor psihice ca rapiditatea atenției și a percepției spațiale sau memoria formelor. Se mai aplică și în scopul decelării unor eventuale deficiențe de natură organică sau funcțională. Materialul de testare poate fi de ordin figurat, simbolic sau semantic : figuri geometrice decupaje, șabloane, cartonașe reprezentînd imagini sau fragmente de imagini, litere sau silabe imprimate pe piese separate etc. Exemplul tipic pentru asamblare este dat de jocul puzzle. Testele de asamblaj fac apel la operațiile de clasificare, de inseriere (după diferite criterii și culoare, formă, utilitate, greutate, mărime etc.), de translație ș.a.m.d., iar instrucțiunile constă în solicitarea de reconstituire (după model), de construcție (îmbinare după

criterii prestabilite sau personale) sau de completare (de forme decupate, de povestiri din imagini sau de cuvinte din silabe). Din seria testelor de asamblaj fac parte : ovalul lui Bize și decupajele lui Block, Wiggly, Paterson, Pinner și Knox ; testul de completare de imagini Healy I și II ; testul manechin Pintner ; testul profil Knox și Kempf ; testul de asamblare om-profil-mină din bateria Wechsler etc. Testul mozaic Lowenfeld Margareta este un test proiectiv-constructiv, în care se cere subiectului să construiască un model folosind cite piese dorește din 456 figuri geometrice plate și colorate în șase culori, pe care le are la dispoziție. Dintre bateriile de creativitate care fac apel la asamblaj, semnalăm bateria lui Tourance (1972) și a lui G. Meunier, ultima prezentîndu-se sub forma a patru jocuri de figuri, în care subiecților li se cere să descrie figurile, să le interpreteze și să realizeze comparații prin asamblare.

1069. ASATIANI — metodă ● Variantă psihoterapeutică a hipnocatarsisului Breier, prin care se încearcă reconstituirea și repetarea evenimentului psihotraumatizant sub controlul medicului. Sugestia terapeutică se face în sensul lichidării simptomului în mod gradat.

1070. ASCENDENȚĂ (cf. lat. *ascendere* „a se urca”, a se ridica, a se înălța”) ● Tendința unor personalități accentuat volitive sau cu un Ego hipertrofiat de a se impune în fața celorlalți în sens de autoritate morală sau de instanță critică, de a influența pe ceilalți în virtutea unei superiorități (de ordin intelectual, moral, social etc.) reale (autentice) sau artificiale (asumate în mod aprioric). În psihopatologie o pseudoascendență manifestă personalitățile dizarmonice de tip paranoiac, isteric și narcisic.

1071. ASCETISM (cr. fr. *ascétisme* și cf. gr. *askein* „a exersa”) ● În sens propriu, ascetismul este o metodă morală avînd drept scop stăpînirea dorințelor, satisfacerea minimă a instinctelor și dominarea senzațiilor plăcute sau dureroase. Ascetismul apare la adolescent ca rezultat al fricii de sexualitate și ca un mod de apărare față de aceasta. La această vîrstă se poate întîmpla ca, purtați de „tendințele naturale”, o serie de tineri să se lase atrași de practici preconizînd un ascetism riguros (Yoga, Zen, vegetarieni — Ph. MAZET). Ascetismul se mai poate întîlni ca formă extremă a masochismului, la unii paranoici hipocondriaci

sau în dizarmonii severe de personalitate, ca și în mediile subculturale.

1072. ASCHAFFENBURG Gustav (1866—1944) ● Psihiatru german, elev al lui MEY-NERT la Viena, lucrează ulterior sub conducerea lui KRAEPELIN, în perioada când acesta își desfășoară activitatea la Heidelberg. Din 1903 și pînă în 1934 este șef al catedrei de psihiatrie din Köln, perioadă fertilă în care va conduce redactarea unui celebru manual de psihiatrie (conținând și articolul lui BLEULER asupra „grupeii schizofreniilor”), care va rămîne în istorie sub numele coordonatorului. Are de asemenea preocupări deosebite legate de aspectele medico-legale ale psihiatriei, publicînd, în 1903, lucrarea „Crima și reprimarea ei”, iar în 1928 „Psihiatrie și legislație”. În același context se preocupă de alcoolism și delirurile de revendicare.

1073. ASCHAFFENBURG^(S) semn ● Purtarea unei conversații la telefon în absența partenerului de discuție. Puțin frecvent, poate fi întîlnit în halucinoze și delirium tremens.

1074. ASCHEMATIE ● Termen introdus de BONNIER (1905), ieșit din utilizarea curentă, pentru a descrie pierderea capacității gnozice a figurării spațiale și a definirii topografice.

1075. ASCHNER — metodă ● Metodă de terapie biologică introdusă în deceniul patru al secolului nostru de către medicul vienez ASCHNER. Acesta considera că schizofreniile ar fi rezultatul unui proces de „autointoxicare” generală a organismului. De aceea, după o minuțioasă explorare biologică a subiectului, el efectua o „eliberare digestivă completă”, prin administrare de doze mari de emetice și purgative, de 2—3 ori pe săptămîna. Metoda a fost puțin utilizată (practic numai de către autorul ei) datorită atît eronației fundamentării științifice a principiului pe care se bazează, cît și brutalității ei. Ameliorările raportate se datorau efectului psihoterapic.

Menționăm această metodă, pentru că aduce încă un argument al efectului salutar al psihoterapiei în afecțiunile psihotice, cu rezerva că ea intervine benefic numai în perioadele de „stingere” a procesului acut.

1076. ASCOLECITIN^(M) România ● Produsul conține fosfolipide totale (de proveniență vegetală) și acid ascorbic. Fosfolipidele intră în alcătuirea unor elemente celulare, constituind rezerve energetice, și intervin în diverse procese metabolice celulare. Vitamina C,

asociată, amplifică rolul metabolic al Ascolecitinei. Acționînd ca sursă de energie și ca participant în procese metabolice, produsul are efect tonic — reduce astenia, mărește capacitatea de efort fizic, favorizează creșterea și dezvoltarea organismului. Efectul asupra sistemului nervos central este indirect, prin acțiunea tonică generală. Realizează astfel creșterea capacității de concentrare și a randamentului intelectual, ameliorează dispoziția. Este indicat în boli fizice astenizante, convalescență, efort fizic prelungit, precum și în unele afecțiuni psihice: surmenaj, stări asteno-nevrotice, întîrziere în dezvoltarea intelectului la copii, arterioscleroză cerebrală incipientă. Nu are efecte adverse, cu o singură contraindicație majoră, diabetul.

1077. ASCOSERP^(M) Austria — DCI Reserpină ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

1078. ASCUNS^(D) delir — sin. DISIMULAT^(D) delir ● Fază „asimptomatică” a delirului, caracterizată printr-o anumită atitudine a subiectului față de convingerile sale delirante. În faza de închistare a delirului, fără a avea o critică clară a acestuia, subiectul nu-l mai expune, avînd o atitudine reticentă față de persoanele din jur și de examinator. Evidențierea acestei faze necesită o abilitate deosebită din partea psihiatruului, cu atît mai mult cu cît subiectul își ascunde cu grijă antecedentele. De altfel, prezentarea la medic, în această fază, este destul de rară, pentru că subiectul se consideră normal, opinie împărtășită și de cei din anturajul său obișnuit.

1079. ASEDIERE DELIRANTĂ BILZ ● Simptom al psihozei delirante, caracterizat printr-un comportament de apărare din partea halucinantului (baricadarea ușii, a ferestrelor), care se consideră asediat, stare provocată însă de producția halucinatorie.

1080. ASEMĂNARE (cf. lat. *assimilare* „a imita, a asemui”) ● Relație existentă între două sau mai multe obiecte care posedă anumite proprietăți comune, astfel încît ele nu se deosebesc, fiind practic confundabile. Atunci cînd asemănarea este totală, cele două obiecte sînt identice. Asemănării i se opune deosebirea. Asemănarea poate prezenta grade de comparație (un obiect este mai asemănător cu alt obiect, decît cu un al treilea obiect). În func-

ție de gradul de asemănare, obiectele pot fi împărțite în clase distincte. Complexitatea și infinita varietate a fenomenelor naturii fac ca asemănarea absolută sau deosebirea absolută să fie mult mai rar întâlnite în practică decât diferitele grade relative ale acestora, stabilite în funcție de unul sau mai multe criterii.

În psihiatrie iluzia sosisilor reprezintă un caz limită de pierdere a capacității discriminative pentru diversele grade de asemănare între persoane, constituind un semn cu valoare psihopatologică.

1081. **ASEMIE** (cf. gr. *a-* și *semeion* „semn”) ● Formă de agnozie, pusă în evidență inițial de STEINHAL, KÜSSMAUL și Von MONAKOW → ASIMBOLIE.

1082. **ASENDIN**^(M) Canada, S.U.A. — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoeleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11-(1-piperazini)dibenz/b, *f/1,4/oxazepină*, cu acțiune anti-depresivă, care se instalează rapid (absorbția 90 minute, $T_{1/2} = 30$ h), și ușor sedativă. Indicat în depresiile endo- și exogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post infarct miocardic.

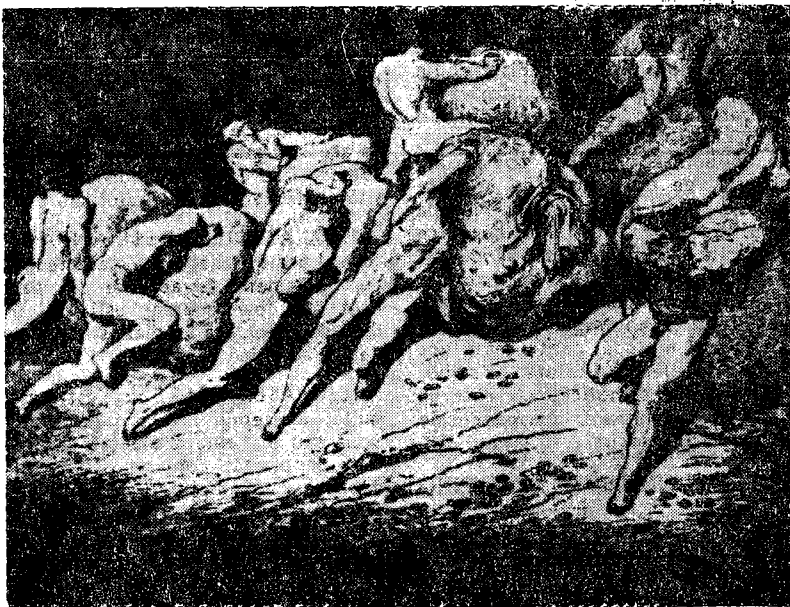
1083. **ASENLIX**^(M) Mexic — DCI *Clobenzorex* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene,

derivat feniletilaminat, de tip (+)-N-(0-clorbenzil)- α -metilfenetilamină, recomandat pentru bunele efecte în combaterea și corectarea unor inconveniente ale curei NL îndelungate (obezitate, adinamie) → PSIHOSTIMULENTE.

1084. **ASEXUALITATE** (cf. gr. *a-* și lat. *sexus* „sex”) ● Termen propus de M. HIRSCHFELD, care presupune că lipsa dorinței sau a interesului sexual s-ar explica printr-o „pierdere a glandelor sexuale”. În realitate, în patologia psihiatrică, multe dintre afecțiuni, în special depresii, implică această diminuare a interesului sexual fără să se poată pune în evidență vreun suport organic.

1085. **ASIALIE** (cf. gr. *a-* și *salivă*) — sin. **ACRINIE SALIVARĂ** ; **APTIALIE** **APTIALISM** ● Absență sau scădere accentuată a secreției salivare, întâlnită în infecții generale grave, în diverse intoxicații (atropină, opiu, alimentare etc.) sau în diferite afecțiuni ale glandelor salivare, precum și drept urmare a administrării antidepresivelor și neurolepticilor.

1086. **ASIDUITATE** (cf. lat. *assiduitas* „stăruință, perseverență”) ● Calitate moral-volitivă, constind în mobilizarea maximă și perseverență a activității individuale în scopul rea-



Gustave Doré

izării unui obiectiv propus. Consumul energetic necesar acestei mobilizări nu este limitat de considerentele obișnuite, iar ritmul de desfășurare este cu necesitate ridicat. Asiduitatea este, în limitele unei canalizări normale și a fixării unor obiective firești, o trăsătură pozitivă. Ea poate deveni însă un aspect cu implicații negative, atunci când este rezultanta unei stări patologice. Astfel, asiduitatea perverșilor sexuali în direcția satisfacerii scopului lor, a toxicomanului în procurarea drogului — sint exemple concrete în acest sens. Un alt caz cu implicații deosebite este cel al personalităților dizarmonice paranoice, care urmăresc cu asiduitate exagerată realizarea unor scopuri aberante, a unor răzbunări. Sint cunoscute campaniile de scrisori anonime pentru defăimarea unor persoane sau instituții, nesfârșitele memorii trimise unor personalități dintre cele mai marcante, pentru recunoașterea unor merite cvasi-inexistente sau lipsite de elementară relevanță, procesele nesfârșite, care se judecă, urmărite asiduă de petentul dizarmonic, ani și ani. Situația psihozei paranoice este asemănătoare, dar scopul urmărit devine mult mai circumscris, iar mobilizarea comportamentală îmbracă aspectul tipic delirant.

1087. ASIGURARE ANXIOASĂ ● Conduita specifică, adoptată de bolnavii fobici, constind în limitarea „arealului securizant” la teritoriul familial, în organizarea unei strategii de asigurare (mersul însoțit de un prieten, o ființă sau un obiect investit cu proprietăți de fetiș magic). Conduitele de asigurare sint legate de obiectul fobiei și se modifică în raport cu acesta. Ele pot, în măsura în care subiectul le organizează, să devină veritabile ritualuri. Conduitele de asigurare evită încercătura anxioasă a subiectului, cu toate că, în constituirea lor, „apărarea” pe care o oferă este la fel de imaginară ca și „teama” care provoacă fobia. Se întîlnesc în nevroza fobică, la personalitățile psihastenice, în nevroza obsesivo-compulsivă, dar și în unele psihoze. În acest ultim caz, teama de anumite locuri, obiecte, situații este motivată delirant, iar conduitele de apărare devin, în scurt timp, ineficace.

1088. ASILABIE (cf. gr. *a-*; *syllabe* „luat împreună”) ● Recunoașterea literelor separat, fără a avea posibilitatea de a le reuni în silabe. Se întîlnește în afaziile senzoriale.

1089. ASIMBOLIE (cf. gr. *a-*; *symbolon* „semn de recunoaștere, simbol”) ● Imposibi-

litate de elaborare și înțelegere a semnelor convenționale (simboluri). Termenul este propus de FINKELBURG, în 1870, pentru a desemna „incapacitatea de a înțelege semnele învățate anterior”, fenomen pină atunci general cunoscut sub numele de asemie (STEINTHAL). KÜSSMAUL încearcă să explice relativ scăzuta comprehensibilitate a termenului de asimbolie prin aceea că, la baza simbolului, stă totdeauna o idee, care are delimitări mai riguroase decît sentimentul aflat în spatele unui semn sau unui simptom. Istoria definirii asimboliei este bogată și mereu reînnoită. GORDON o definește ca imposibilitate de înțelegere a naturii unui obiect și a desemnării sale ; LEISCHNER o vede ca o pierdere a modalităților de înțelegere a sensurilor superioare și a relațiilor dintre ele ; MEYNERT o consideră ca rezultatul asocierii, la același subiect, a apraxiei, agnoziei și afaziei ; iar WERNICKE, POROT, FREDERIKS pun semnul egalității între asimbolie și agnozie. CLAPAREDE crede că este un tip special de agnozie, prin tulburări de identificare secundară ; SCHILDER și STENGEL descriu, în 1928, asimbolia la durere și, în fine, LEISCHNER încearcă în 1943, din păcate fără succesul scontat, să reînnoiască definiția. Rămîne însă în sarcina prezentului și a viitorului clarificarea termenilor de acalculie simbolică, asimbolie tactică asimbolie la durere. În afară de asimbolia senzorială și asimbolia motorie, diferențiate de MEYNERT, se cunosc următoarele forme clinice :

● **Asimbolia la durere** — sin. ASIMBOLIE ALGICĂ, ANALGOGNOZIE — este absența capacității de înțelegere a semnificației durerii, exprimată prin lipsa reacțiilor comportamentale la durere, deși percepția și efectele ei vegetative sînt conservate. Este justificat numită și „asimbolia pentru pericol” : deși subiecții înțeleg caracterul nociv al durerii, reacționind la amenințările verbale, ei nu elaborează un răspuns adecvat, ca și cum ar exista „un defect de adaptare a activității la cunoașterea acestei senzații nociceptive” (PIERON). MAYER-GROSS o descrie ca „o sărăcire morbidă a reacțiilor emoționale la stimulii dureroși”. Acest răspuns anormal la durere este concomitent cu păstrarea intactă a sensibilității tactile și termice. Asimbolia la durere este unul dintre elementele sindro-

mului care mai cuprinde: afazie senzorială, apraxie și tulburări de schemă corporală, fiind corespunzător anatomic leziunilor din regiunea frontală și parietală (stingă sau dreaptă) și din girusul supramarginal al emisferului dominant. Sînt însă autori care nu subscriu vreunei localizări anatomice. Lipsa reacțiilor de retracție și apărare în fața amenințării poate genera uneori, la acești subiecți, chiar o atracție pentru stimuli dureroși, conducînd la diverse automutilări. Exemplele sînt cunoscute în psihopatologia schizofreniei, a dizarmoniilor grave de tip impulsiv-exploziv sau a demențelor arteriosclerotice.

● **Asimbolia tactilă** — este corespunzătoare agnoziei tactile secundare, în concepția lui WERNICKE, sau agnoziei semantice, în concepția lui DELAY, reprezentînd astereognozia propriu-zisă și deși imaginile-amintiri tactile nu au fost distruse, deși forma și natura obiectului sînt analizate, asociația cu alte reprezentări, identificarea și înțelegerea obiectului nu sînt posibile. Aceste cazuri recunosc ca localizare, cel mai frecvent, leziuni parietale stingi (aria 7 și 40) și se asociază cu apraxie și asomatognozie.

● **Asimbolia vizuală** întrunește, de fapt, asocierea alexiei cu agrafia, subiectul neputînd nici citi și nici scrie, deși conservă capacitatea de executare și înțelegere a limbajului vorbit. Dificultatea de a scrie poate fi parțială pînă la totală, copierea fiind mai bună decît scrierea spontană (deci invers decît în cecitatea pură). Această formă de asimbolie se întîlnește foarte rar ca semn de debut, fiind mai degrabă reziduală (spre „coada”) disfaziei globale. Se asociază, de obicei, cu un grad de disfazie nominală, discalculie, dezorganizare spațială și agnozie vizuală obiectuală. Se poate aprecia că leziunile anatomice de la nivelul girusului angular și girusului învecinat supramarginal al lobului parietal sting pot fi responsabile de alterările componentelor simbolice ale limbajului, care alcătuiesc „schema vizuo-verbală”.

1090. **ASIMBOLIE A DURERII** → ANALGIZIE GENERALIZATĂ.

1091. **ASIMETRIE** (cf. gr. *a-* și *symmetria* „proporție justă, simetrie”) ● În sens larg; lipsă de simetrie în raport cu un punct, o linie sau un plan. În neurologie și psihofiziologie, desemnează fie dezvoltarea inegală a centrilor analogi din cele două emisfere cerebrale (asimetria funcțională a celor două emisfere cerebrale are caracter de specializare — emisferul sting este responsabil de simbolismul verbal, iar cel drept — de per-

cepția spațială), fie diferența importantă de amplitudine sau frecvență a două trasee de unde cerebrale, înregistrate simultan în două puncte nervoase și în condiții identice, în electroencefalografie.

În psihiatrie întîlim convingerea delirantă de asimetrie a organelor sau segmentelor corpului (involuție, demențe).

1092. **ASIMILARE** (cf. lat. *ad* și *similis* „asemănător”) ● Latură complementară a acomodării în cadrul fenomenului de adaptare a organismelor la mediu, desemnînd procesul de integrare a condițiilor de mediu la configurația specifică a organismului. Se decelează mai multe tipuri de asimilare: biologică și psihologică, substanțială și funcțională, individuală și socială ș.a. Din punct de vedere psihologic (PIAGET), asimilarea este similară cu interiorizarea acțiunilor externe în operații sau scheme mintale, ori cu încorporarea mediată și generalizatoare a experiențelor de viață (inclusiv a cunoștințelor) în cadrul conduitei. La nivei psihosocial, asimilarea se traduce în transformările de esență — cu caracter creator, original (→ ACULTURAȚIE), sau nivelator-omogenizator — care se produc consecutiv coabitării unor indivizi sau grupuri aparținînd unor culturi sau medii sociale diferite.

1093. **ASIMILAȚIE** ● Integrarea în structuri prealabile a unui fapt de cunoaștere nou, care conferă o semnificație lucrului conceput sau perceput. J. PIAGET afirmă că orice cunoaștere se bazează pe acțiune: „a cunoaște un obiect sau un eveniment înseamnă a le utiliza asimilîndu-le”. Sub influența situațiilor exterioare, schemele de asimilare se modifică, acomodîndu-se. Mediul nu declanșează o simplă copie în procesul de asimilare, ci declanșează ajustarea activă, adică acomodarea schemei de asimilare. Adaptarea ar putea fi definită printr-un echilibru între asimilare și acomodare, ca doi poli opuși ai aceluiași proces. Un caz particular al asimilării este competența, adică acea capacitate de răspuns adecvat, care este funcție de schemele de asimilare ale subiectului.

1094. **ASINDOXIC** (cf. gr. *a-* și *syndokeion* „a fi, a se pune, de acord”) ● Atribut conferit unui anumit gen de copil cu trăsături caracteriale de tip instabil, căruia îi este specifică imposibilitatea elaborării unitare a unui comportament, a unei atitudini susținute și bine orientate în funcție de motivațiile sale.

1095. ASINERGIE (cf. gr. α - η synergeia „cooperare, ajutor”) → DISSINERGIA.

1096. ASINTAXIE (cf. gr. α -; syntaxis „ordine, construcție gramaticală”) ● Limbaj a cărui formă gramaticală este complet „destrucurată”, constind într-o succesiune de cuvinte, uneori chiar cifre, juxtapuse, care își păstrează totuși valoarea curentă de semnificație. Se întâlnește în schizofrenie.

1097. ASISTENȚA AMBULATORIE ● Forma de asistență medicală în care actul medical se realizează în absența spitalizării. Nivelul de dezvoltare al medicinei permite în prezent rezolvarea a 93—95% din totalul actelor medicale în ambulator (pentru toate specialitățile și în toate țările).

Numeroasele mutații produse în însăși evoluția colectivității umane au impus, în mod firesc, un nou model medico-social al bolii și un nou statut al bolnavului, elemente ce au direcționat și continuă să orienteze preocupările medicinei în sensul abandonării relațiilor de similitudine între boală-fatalitate și bolnav-condamnat. Alături de progresele terapeutice, atitudinea comunității, conturarea noțiunii de potențial restant, poziția omului față de sănătate și boală în sistemul instituțional și-au adus o contribuție remarcabilă. Asistenței ambulatorii i se conferă azi noi dimensiuni, ea încetînd de a mai fi un furnizor de cazuri interesante pentru clinică și dovîndu-și rolul prioritar atît în prevenirea, cît și în recuperarea bolnavului. Asigurînd o apropiere mai mare de locul de muncă și viață, un contact mai strîns și mai de lungă durată cu bolnavul decît orice alt tip de unitate, asistenței ambulatorii îi revine sarcina nu numai de a preveni boala, ci și de a o urmări în timp, în scopul recuperării sau al reorientării, iar în extremis (cazurile cele mai nefavorabile), al supravegherii bolnavului. Concomitent cu noile orientări privind trinomul boală-medic-bolnav, s-au produs mutații și în practica medicală, care fac azi ca medicina să devină tot mai socială și să se practice cu mai mult succes acolo unde omul muncește și trăiește, fără a mai fi necesară o rupere totală a bolnavului de mediul lui de viață și de muncă. Aceasta pune implicit problema locului unde ar trebui să se facă azi medicina loc care nu mai corespunde tiparelor tradiționale și așa cum „cavaleria, pe cit de tradițională, pe atît de elegantă armă” a devenit desuetă în condițiile erei spațiale, același lucru se poate întîmpla și cu instituțiile sanitare.

Nemulțumirile create uneori în rîndul populației nu sînt generate atît de calitatea actului medical, cît de faptul că acesta nu are loc acolo unde este așteptat și necesar, ci se cramponează să rămînă acolo unde l-a fixat istoria, dar nu și necesitatea. Nu mai este un secret pentru nimeni: 95% dintre actele medicale sînt azi rezolvate de ambulator și numai 5% de spital, atît pe plan mondial, cît și la noi în țară, ceea ce face ca, în mod curent, marea majoritate a cazurilor să fie rezolvate de ambulator și numai în extremis de către spital, și aceasta pentru perioade limitate. Spre a ne convinge de acest lucru este suficient să ne întrebăm ce se întîmplem cu bolnavul externat din spital, după cele 12—15 zile de internare, sau cu cei cărora ii se refuză internarea; acești bolnavi nu dispar, ci sînt preluați de asistența ambulatorie, care a încetat demult a mai fi un simplu auxiliar în furnizarea de „bolnavi interesați”, ei revenindu-i sarcina recuperării și reinsertiei acestora. Menținerea unui sistem instituțional rigid este neconformă cu necesitățile, riscînd să devină comparabilă cu situația unui conducător de oști, care dispune atît de trupe, cît și de dotare de luptă, dar care are convingerea că nu poate cîștiga bătălia dacă ea se va da în locul și la ora pe care o dorește el — și nu acolo unde se dă ea de fapt. Fără îndoială însă că nici asistența ambulatorie singură nu poate rezolva integral problemele de sănătate ale populației, așa după cum nici spitalul tradițional nu poate satisface acest deziderat; singura cale este dată de îmbinarea armonioasă a valențelor și posibilităților ambelor elemente ale binomului, în scopul unic de ajutorare și vindecare a celui în suferință. Orientarea actuală a psihiatriei, în conțextul saltului calitativ, tinde către scurtarea duratei medii de spitalizare, întemeierea unor secții de psihiatrie în spitalele generale, dezvoltarea continuă a asistenței ambulatorii și semiambulatorii. În prezent, la noi, ca și în alte țări, peste 4/5 dintre bolnavii psihici — arăta V. PREDESCU în 1984 — se tratează la cabinetele de specialitate din policlinici, la nivelul Laboratoarelor de sănătate mintală, cu sau fără staționare de zi → LABORATOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI CABINETE DE SPECIALITATE ; STAȚIONARE DE ZI.

1098. ASISTENȚA FAMILIALĂ ● Metodă de profilaxie terțiară, constind în plasarea bolnavilor psihici în mediul familial protejat. Originea acestui sistem, datînd din evul mediu, se află la Gheel, în Belgia, unde erau asistați peste 2 000 de bolnavi psihici. Sistemul a fost

extins în a doua jumătate a secolului al XIX-lea și la începutul secolului al XX-lea, în Olanda, Germania, Scoția, Rusia, Franța etc. Plasamentul heterofamilial și colonial al bolnavului a fost înlocuit treptat cu cel homofamilial și „individualizat”, după apariția unor mijloace terapeutice coerente și eficiente, care au îndepărtat stigmul de cronicitate al bolii psihice, permițând o bună reinsertie familială. Rămâne notabilă contribuția pe care metoda asistenței familiale a adus-o la edificarea conceptului modern de asistență psihiatrică și la evoluția modelului spitalicesc.

1099. ASISTENȚĂ PSIHICĂ ● Reunește ansamblul de acțiuni de prevenire, tratament și reinsertie a bolnavilor psihici. Veche „de cind lumea”, merge „împreună cu lumea” adaptându-se și influențând în același timp lumea. Până la jumătatea secolului al XIX-lea, în ținuturile românești asistența psihiatrică s-a realizat caritabil, în cuprinsul sau vecinătatea așezămintelor bisericesti care se bucurau de mitul realizării unor minuni (numai așa se putea explica vindecarea unui bolnav psihic), unde aceste ființe beneficiau mai mult de toleranță și înțelegere decât de un tratament corespunzător (schitul Palamuci și mănăstirea Mărcuța în Muntenia, schitul Madona Dudu în Oltenia, schitul Golia și Adam, mănăstirea Neamțului în Moldova).

Etapa veche a asistenței psihiatrice în România (1846—1900) coincide cu desprinderea unităților de asistență de biserică sau, mai bine zis, cu pătrunderea medicilor în aceste unități: 1846 — Dr. Neculai GĂNESCU la Mărcuța, 1858 — Dr. Neculai HANSELMAN la Madona Dudu, 1863 — Dr. Emanoil LOZINSCHI la mănăstirea Neamțului, ceea ce a permis dezvoltarea unei asistențe psihiatrice în adevăratul sens al cuvântului. Numirea doctorului Alexandru ȘUTU, în 1867, drept director al ospiciului Mărcuța a reprezentat nu numai un nou moment important în dezvoltarea spitalului, dar a dus și la deschiderea învățământului de psihiatrie în facultățile de medicină din România. (→ȘUTU ALEXANDRU). Rolul jucat de ȘUTU în Muntenia i-a revenit doctorului Alexandru BRĂESCU în Moldova (→BRĂESCU A.). Apariția doctorului Alexandru OBREGIA, unul dintre corifeii psihiatriei românești, marchează încheierea acestei etape și, în același timp, deschiderea alteia (→OBREGIA A.).

Etapa modernă a asistenței psihiatrice în România (1900—1952) corespunde cu apariția marilor așezăminte psihiatrice, cele mai importante fiind legate de numele OBREGIA și

Socola (Iași) și Spitalul Central (Gh. Marinescu) din București. Alături de acestea, spitalele de la Sioiu, Carnăuți, Cluj, Oradea, Chișinău, Timișoara, Craiova au reprezentat principalele realizări ale etapei moderne. Nu poate fi omisă nici apariția primului dispensar de psihiatrie din țară (1933), la Sibiu, care își leagă existența de numele doctorului Gh. PREDĂ și care reprezintă prima formă de asistență psihiatrică ambulatorie de la noi din țară. Această perioadă este și perioada afirmării Prof. C. I. PARHON (1874—1969), a Prof. GH. MARINESCU (1863—1938), a Prof. Leon BALIFF (1892—1967) la Iași, a Prof. C. URECHEA (1893—1955) la Cluj care, prin întreaga lor activitate științifică, didactică și organizatorică, au contribuit la afirmarea psihiatriei românești. Tot în această perioadă, prin Legea sanitară din 1930 (operă a unui distins psihiatru și organizator de sănătate, Prof. Dr. Iuliu MOLDOVAN), se instituie un cadru uman și progresist psihiatriei noastre. Acestei etape îi corespunde introducerea așa-numitei terapii de șoc: 1932 — cura Sakel, 1935 — psihochirurgia, 1938 — seismoterapia, și a psihanalizei.

Etapa contemporană a asistenței psihiatrice în România începe după 1950, odată cu reforma unităților sanitare — inclusiv a celor psihiatrice — fapt ce a condus la apariția de noi centre și școli. Aceste evenimente au colțis fericit și cu „revoluția terapeutică” — apariția chimioterapiei moderne —, care pare să fi fost inaugurată de celebrul „cocktail litic” al lui LABORIT în 1951, în fapt de apariția neurolepticelor, antidepresivelor de sinteză, anxioliticelor, litiului. Ele au creat un nou orizont psihiatriei și o nouă speranță bolnavului psihic.

O problemă dificilă era cea legată de ideea fatalismului apariției și evoluției bolii psihice, credința în incurabilitatea ei, care, alături de caracterul „misterios” al bolii și de unele acte imprevizibile ale bolnavului, au creat o atitudine deși aparent logică, total greșită: considerarea bolnavului mintal drept o ființă periculoasă, un răufăcător. Acest mod de a privi lucrurile a avut drept consecință izolarea bolnavilor ca a oricărui răufăcător, evident în scopul apărării semenilor aflați în pericol. Pentru multă vreme, soarta bolnavilor mintal a fost îndepărtarea lor din mediul social, cu toate consecințele ce au decurs din acest „mod simplu” de a găsi o soluție. În ultimele decenii, această „soluție unică și sigură” a devenit mai puțin sigură și deloc unică.

Psihiatria și instituțiile ei au cunoscut o remarcabilă și rapidă dezvoltare, ocupându-și

un loc mai corect în societate decât cel deţinut anterior. Alături de „a trata”, a apărut „a preveni”, alături de a „a apăra pe alţii”, a apărut „a nu dauna nimănui”. S-a trecut încet, dar sigur şi ireversibil, de la „boala individului” la „sănătatea colectivităţii”, de la bolnavul internat, la omul recuperat, de la caracterul clinic la cel social, de la izolarea reintegrare, ceea ce a permis conceperea psihiatriei moderne drept un complex de activităţi exercitate pe baze ştiinţifice şi umane, pentru protejarea, menţinerea şi recuperarea stării de sănătate mintală. Aceste transformări au condus la modificări şi sub raport instituţional şi, dacă cu 50 de ani în urmă dispuneam de un singur tip de unitate — spitalul —, astăzi, prevenirea şi combaterea bolilor psihice se realizează prin numeroase tipuri de unităţi. Ele se pot clasifica în:

- Unităţi de spitalizare totală:
 - spitalul de psihiatrie;
 - secţia de psihiatrie din spitalul general;
 - spital sau secţii de postcură.
- Unităţi de spitalizare parţială (semi-ambulatorii):
 - spitalul de zi;
 - alte unităţi.
- Unităţi ambulatorii:
 - laboratorul de sănătate mintală;
 - cabinetul de psihiatrie al dispensarului policlinic;
 - dispensarul de medicină generală.
- Unităţi complexe multifuncţionale:
 - Centrul de sănătate mintală.

În anul 1972, Ministerul Sănătăţii a elaborat un plan pe termen lung privind promovarea sănătăţii mintale şi dezvoltarea psihiatriei în întreaga ţară, ce prevede şi extinderea reţelei de asistenţă psihiatrică, atât spitalicească, cât mai ales cea extraspitalicească, diferenţiat pentru adulţi şi copii, în funcţie de natura şi de forma evolutivă a bolii. În acelaşi timp, s-a dat o orientare mai judicioasă cercetării ştiinţifice, iar învăţământul se orientează atât către integrarea psihiatriei în practica medicală, cât şi către necesităţile reale ale asistenţei medicale.

1100. ASISTOLIC^(D) *delir* (cf. gr. *a-* şi *systoli* „contractii”) ● În psihiatria clasică desemnează tulburările psihice din stările terminale ale unor boli caşectizante, mai ales respiratorii. Semiologic, el se compune, după RÉGIS, dintr-un delir oniric halucinator, dezorientare spaţio-temporală, oneiroidie.

1101. ASISTOLIE NEVROTICĂ — sin. SCHIZONEVROZĂ CLAUDE (1925) şi SCHIZOFRENIE PSEUDONEVROTICĂ ● Formă clinică de schizofrenie, de tip neurasteniform cu debut şi evoluţie îndelungată, semnele caracteristice afecţiunii fiind însă doar parţial schiţate, având o tonalitate mai redusă. Pentru unii autori actuali, echivalentul ei nosografic ar fi conceptul de BORDER-LINE.

1102. ASKLEPIOS (AESCLAPIUS) ● Zeul grec al medicinei, fiu al lui Apollon şi al muretoarei nimfe Coronis, deci zeu prin antecedentele familiale, dar şi prin deznodământul, care i-a pecetluit ambiguitatea calitatea de muritor: pentru că nu s-a mulţumit să vindece numai bolile, cum fusese iniţiat de centaurul Chiron, ci începuse să readucă şi morţii la viaţă, şi-a atras mânia lui Zeus, care l-a ucis cu trăsnetul său. În educaţia complexă asigurată de Chiron, căruia Apollon i-l încredinţase, erau incluse atât secretele taumaturgiei (vindecării prin atingere), cât şi cele ale totemurilor arhaice: ciine, grăşime, şarpe (de aici şi simbolul ştiinţelor medicale), precum şi utilizarea plantelor medicinale şi a unor metode şi tehnici de psihoterapie cu care reuşea printre altele să anihileze spontan durerea, să vindece o serie de boli. Templele lui Asklepios în întreaga arie grec-romană erau în fond nişte clinici medicale, în care preoţii erau şi medici. Asklepios poate fi considerat nu numai că zeu al medicinii, ci şi ca primul psihiatru şi psihoterapeut.

1103. ASLAPAX^(M) Spania — DCI Oxazepam ● Tranchilizant benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al acestuia permite realizarea unei concentraţii plasmactice mai rapide (4h); acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

1104. ASLAVITAL^(M) România (Clorhidrat de procaină şi un factor activator) ● Factor regenerativ antiaterosclerotic, ameliorează circulaţia cerebrală şi metabolismul celei nervoase, fiind energizant şi uşor antidepresiv. Acţiunea sa generală este regeneratoare şi energizantă prin efect asupra metabolismului celular. Intervenind în anumite faze ale metabolismului lipidic, are efect antiaterogen. Asupra sistemului nervos central efectul este trofic neuronal şi de ameliorare a circulaţiei cerebrale. Acţiunea sa trofică şi antiaterosclerotică justifică utilizarea lui în anumite afecţiuni psihice

ca tonic cerebral și pentru întârzierea proceselor de îmbătrânire. Are astfel indicații în surmenaj intelectual, stări asteno-nevrotice, dificultăți prosoxclerozice, stări de deteriorare din arterioscleroza cerebrală și senilitate, hiperemotivitate și depresie la vîrstnici. La copii este indicat în tratamentul întârzierilor mintale și al sechelelor encefalomielitice. Efectele secundare sînt, în general, minime. Uneori, se semnalează reacții alergice; existența anamnetic a acestora constituie o contraindicație de utilizare.

1105. ASOCIAL (cf. *a-* și *social*; vezi lat. *socius* „asociat”) ● Atribut conferit unui subiect indiferent față de valorile sociale, care comite acte fără înțeles social, fiind incapabil de adaptare la normele sociale obișnuite → **ANTISOCIAL**.

1106. ASOCIATE (■) *halucinații* ● Termen prin care SEGLAS descrie halucinații legate între ele, dar fără a se referi la același obiect. Astfel, unele dintre halucinații devin, după acest autor, „semnalul celorlalte” (de exemplu, „vociile” îl anunță pe subiect că va simți un anumit lucru). Halucinațiile asociate pot fi contradictorii și chiar antagoniste, un exemplu tipic în acest sens reprezentîndu-l halucinațiile auditive bilaterale. Subiectul poate primi într-una din urechi încurajări pentru a face o acțiune, iar în cealaltă îndemnul de a nu o realiza.

1107. ASOCIAȚIE (cf. lat. *associere* „a uni, a asocia”) ● Termenul desemnează, în psihologie, legăturile și relațiile funcționale care se stabilesc între elemente simple, în cadrul proceselor și fenomenelor psihice. Asociația vizează senzația, percepția și memoria.

După P. POPESCU-NEVEANU, asociația are două accepțiuni:

- mecanism psihologic prin care elementele simple se grupează în complexe (în fenomene psihice complexe) §
- produs psihic, rezultat din unirea mai multor elemente (la rîndul său, acest produs poate intra într-un lanț asociativ).

A. SAMARIN (citat de POPESCU NEVEANU, 1978) consideră că asociațiile au caracter dinamic și pot fi intrasistemice și intersistemice. În psihologie, asociaționismul (curent) consideră asociația ca operație bazală în constituirea tuturor proceselor și manifestărilor psihice. ARISTOTEL propune o clasificare a asociației, ca legătură simplă, în: asociația prin contiguitate, asociația prin asemănare și asoci-

ția prin contrast. Conform asociaționismului, la baza vieții psihice stă senzația (însurmearea senzațiilor formează percepția, însumarea percepțiilor formează reprezentarea, însumarea reprezentărilor formează conceptele, care, la rîndul lor, se leagă în judecăți). Mecanismul fiziologic al asociației a fost arătat de S. P. PAVLOV și V. BECHTEREV (studii asupra reflexelor, condiționarea reflexelor). Asociaționismul, ca vechi curent psihologic, este însă un curent mecanicist, intrucît consideră că orice proces psihic se compune din elemente legate unele de altele și ireductibile. Tehnicile preanalitice de investigare psihologică, tehnicile proiective și psihanaliza au folosit mai larg asociația în examinarea diverselor manifestări psihice → **ASOCIAȚIE LIBERĂ**.

1108. ASOCIAȚII ANORMALE ● Asociații care se produc după legi proprii subiectului, nefiind supuse instanțelor voinței, opuse asociațiilor normale de idei, logice, în care cauzalitatea și conținutul joacă rolul esențial. Caracterul acestor asociații este de automatism, de mecanicitate. Pot fi de următoarele tipuri §

- *asociații automate superficiale*, care se întîlnesc în stările maniacale, schizofrenie, demențe și oligofrenii și se bazează pe asonanță sau contraste facile §
- *asociații polarizate*, ca în psihozele delirante, cînd gîndirea este redusă, plecînd de la idei nesemnificative, în permanență la tema delirantă §
- *asociații circumstanțiale*, care apar în schizofrenie, epilepsie și în demențe, în care formalismul asociației nu are legătură cu discursul §
- *asociații insolite*, care apar în schizofrenie (fiind simptome primare — BLEULER) și fragmentează gîndirea, izbucnînd brutal și fără legătură cu contextul. Ele se înlănțuiesc prin contaminare, derivație și substituție §
- *incoerența*, este opusul proceselor asociative § se caracterizează prin dezorganizare maximă: ideile și cuvintele devin secvențe derulate aleator. Este tipică confuziei mintale, demențelor, schizofreniei și maniei.

1109. ASOCIAȚIE CONDUSĂ — sin. **ASOCIAȚIE CONTROLATĂ** ● Tehnică psihoterapeutică, de inspirație psihanalitică, opusă tehnicii asociațiilor libere. A fost utilizată de JUNG și implică §

- participarea activă a psihoterapeutului la asociațiile subiectului în scopul canalizării acestor asociații spre teme, stări, conflicte ce fac parte din construcția

(→CONSTRUCȚIE) psihoterapeutului privind cazul analizat.]

- utilizarea metodei asociație-verbale (folosită și azi ca tehnică proiectivă), constând într-o listă de cuvinte (inductori) la care subiectul este solicitat să răspundă cu primul cuvânt care îi vine în minte. În funcție de timpul de latență și conținutul răspunsurilor se induc alți stimuli, explorându-se activ inconștientul subiectului, pentru a avea acces la focarul traumatizant.]
- controlul analizei viselor, în care, de asemenea, asociațiile sint dirijate de terapeut.

„Această metodă — scrie JUNG — se deosebește de asociația liberă și prin aceea că cel care a visat nu mai este singurul care își aduce contribuția la asociații, căci medicul își are și el rolul său. Adeseori chiar, el este acela care, prin analogiile pe care le oferă, determină orientarea pe care o vor lua asociațiile subiectului”.

1110. ASOCIAȚIE DIFERENȚIALĂ ● Teorie sociologică privitoare la criminalitate, elaborată de SUTHERLAND (1934) și completată de elevul său CRESSEY, care susține următoarele teze:

- comportamentul criminal nu este înnăscut sau ereditar, ci învățat prin comunicare de la persoane „calificate în cadrul unui grup restrâns” (în acest sens rolul pe care îl joacă mass-media este foarte important în criminogeneză)]
- individul devine criminal în cazul în care interpretările defavorabile respectării legii înving interpretările favorabile. Cei care devin criminali o fac pentru că sînt în contact cu modelul criminal și nu au sub ochi modelele anticriminale.]
- învățarea modelului criminal nu este o simplă imitație (așa cum susține TARDE în 1890), ci este legată și de orientarea tendințelor impulsive, a judecăților și atitudinilor.

Această teorie a fost deseori criticată cu argumente diverse, dintre care : ea nu explică crimele pasionale, nici pe cele ale criminalilor „singuratici”, că nu diferențiază motivațiile, nu poate explica datele epidemiologice etc. Verificarea empirică a teoriei de către SHORT nu a făcut decît să ridice noi semne de întrebare cu privire la valabilitatea ei.

1111. ASOCIAȚIE HALUCINATORIE ● Asocierea mai multor tipuri de halucinații (vizuale, auditive, tactile etc.). Situație clinică întilnită în special în schizofrenie, afecțiune în care

asocierea halucinațiilor poate fi realizată în infinite combinații și proporții → HALUCINAȚII.

1112. ASOCIAȚIE (DE) IDEI →ASOCIAȚIE LIBERĂ — metodă, regulă.

1113. ASOCIAȚIE INTERNAȚIONALĂ PENTRU PREVENIREA SUICIDULUI ● Fondată în 1965, cuprinde membri individuali sau grupuri, ca și reprezentanți ai centrelor naționale de prevenire a suicidelor, din 43 de țări. Din 1980, publică bianual un periodic intitulat „Crisis”.

1114. ASOCIAȚIE LIBERĂ — metodă, regulă ● Metodă sau regulă conform căreia i se cere subiectului să verbalizeze, fără discriminare, tot ceea ce-i vine în minte, în mod spontan sau pornind de la un element anume (cuvînt, vis, reprezentare, gest etc.). Este metoda și regula de bază a tehnicii psihanalitice. Originea ei se află în tehnicile preanalitice (sugestie și concentrare a subiectului pe o reprezentare dată). În autoanaliza sa, FREUD folosește procedeul asociației libere în special în analiza viselor. Studiul reacțiilor bazate pe asociații, practicat pentru prima dată de F. GALTON, s-a dovedit eficient în psihologie și psihopatologie pentru analizarea, descrierea, interpretarea diferitelor funcții psihice. Școala de la Zürich (E. BLEULER și în special JUNG) a reluat această metodă, considerînd-o eficientă în relevarea unui nucleu al conflictelor, ascunse (în orientarea practicianului), în ceea ce privește caracterul acestor conflicte generatoare de simptome nevrotice. Asociațiile produse prin cuvinte inductoare au la bază o rețea de idei legate de un eveniment particular, cu un anumit specific emoțional. Metoda constă în următoarele : i se dă subiectului un cuvînt-inductor la care el trebuie să reacționeze imediat, cit mai spontan, pronunțînd primul cuvînt care îi vine în minte; examinatorul măsoară timpul de reacție (timpul scurs din momentul în care subiectul aude cuvîntul pînă în momentul în care el rostește cuvîntul); se folosesc între 50 și 100 de cuvinte inductoare. Se observă : inegalitatea timpului de reacție în raport cu diverse cuvinte, perturbările care apar în răspuns (subiectul nu respectă consemnul și răspunde fie prin mai multe cuvinte, fie printr-o frază, fie printr-o asociație sonoră, neglijînd semnificația cuvîntului-inductor; sau subiectul repetă cuvîntul-stimul; sau are în plus diverse manifestări : gesturi involuntare, ticuri, interjecții, reacții stereotipe etc.). Toate aceste perturbări,

precum și timpul de reacție prelungit sau absența reacției sînt indici pentru prezența complexelor. Cuvintele provocatoare de perturbări sînt acelea care au pentru subiect un conținut emoțional, care ating sfera lui intimă (afecte, amintiri, trăiri subiective).

O a doua etapă a probei constă în următorul fapt : după ce se înregistrează un număr de răspunsuri (asociații), se reia lista cuvintelor inductoare și se cere subiectului să repete răspunsul dat anterior ; reacțiile uitate sînt numite de JUNG „reproduceri defectuoase” și apreciate tot ca indici de complexe. Un experimentator antrenat va ține totdeauna cont de atitudinile subiectului (gesturi, mimică, modificarea poziției, tonalitatea vocii, comentarii etc.).

În ceea ce privește cuvintele inductoare ele trebuie să aparțină unor categorii gramaticale diferite (verbe, substantive, adjective), să fie, de preferință, monoc- sau bisilabice și se înserează în listă anumite cuvinte „critice”, cuvinte puțin avea mai multe sensuri, susceptibile deci să atingă mai multe complexe ; cuvintele nu trebuie să aibă între ele raporturi de semnificație (să fie izolate, nelegate prin vreo semnificație, să nu se constituie într-o temă).

Caracteristicile metodei de asociație liberă, în special cu referire la termenul de „liber” :

- indiferent că se pornește de la un cuvînt-inductor (JUNG), de la o imagine a unui vis (FREUD) sau de la orice alt element dat sau pur și simplu spontan, derularea lanțului asociativ este liberă în măsura în care nu este controlată de către subiect și deci nu este orientată sau modificată prin intervenții selective ;
- asociațiile sînt cu atît mai libere cu cît sînt mai spontane și neprovocate de vreun element inductor ;
- termenul „liber” nu este identic cu termenul „indeterminat” ; „liber”, se referă aici la înlăturarea intervenției voluntare selective, în limbaj freudian la înlăturarea cenzurii între pre-conștient și conștient. Ideile spontane sau libere, cele care vin în mintea persoanei fără un efort de atenție și de selecție, apar în „visul diurn”, în reverie ; ele sînt spontane în raport cu conștiința persoanei, dar la origine au o determinare precisă, întrucît se află în legătură mediată sau imediată cu conflictele intrapsihice, cu complexele, cu dorințele inconștiente, cu cenzura, cu rezistențele.

Asociațiile libere sînt încărcate de semnificații și valori personale, de emoții și sentimente individuale, în ultimă instanță de conținuturi inconștiente.

Metoda asociației libere practică în cura psihanalitică : Subiectul este invitat să se concentreze asupra lui însuși, să încerce o stare detensionată fizic și moral, și să rostască tot ceea ce-i vine în minte, spontan, fără excepție, indiferent de natura imaginilor sau a cuvintelor care apar, dincolo de orice rețineri morale ; să încerce (față de aceste idei, reprezentări, amintiri sau alte conținuturi derulate) să adopte o aptitudine introspectivă, cît mai puțin critică și cît mai indiferentă. Terapeutul trebuie să-și facă prezența cît mai puțin simțită ; intervenția sa trebuie să fie rară, vizînd anumite puncte precise și semnificative din lanțul asociativ. Intrarea subiectului în această tehnică (și în cura psihanalitică, în genere) poate fi dificilă, ezitantă, din cauza cenzurii, a rezistențelor, a defenselor (descoperirea intimității proprii antrenează mecanisme de apărare, antrenează cenzura dintre conștient și pre-conștient) ; ulterior, subiectul cedează. Pe măsură ce intră în travaliul asociativ, el își dezvăluie rezistențele în legătură cu anumite gânduri, tendințe, evenimente — surse ale unor emoții puternice. Analistul își va observa foarte atent subiectul, va ține cont nu numai de asociațiile propriu-zise, ci și de gesturile, ezitățile, lapsurile, modificările de dispoziție ale acestuia, va urmări îndeosebi mișcarea emoțională care însoțește discursul asociativ. Pe parcursul curei terapeutice, sub această formă a discursului liber, aparent neangajat și neangajat, subiectul își povestește și retrăiește propria sa istorie, de care el ia conștință cu ajutorul terapeutului (prin intervențiile acestuia) și pe care încearcă și izbutește să o stăpînească.

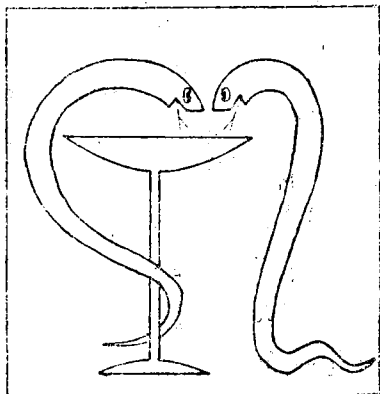
1115. ASOCIAȚIE MEDICAMENTOASĂ

● Combinarea simultană a două sau mai multe preparate medicamentoase, folosită în scopul obținerii unui efect terapeutic lărgit, pe baza acțiunii complementare a acestora. Practica psihiatrică actuală nu se poate dispensa încă de un anumit grad de polifarmacie, cu amendamentul că sînt obligatorii pentru clinician cunoașterea cît mai bună a caracterelor farmacologice esențiale, precum și mînuirea cu economie și înțelepciune a mijloacelor terapeutice de care dispune.

Asociații medicamentoase folosite în clinica psihiatrică :

Asociația hipnotic-nebarbituric + barbituric/neuroleptic seectiv. În afecțiunile psihice

„minore“ este necesară, de multe ori, o mare varietate de produse medicamentoase, care uneori satisfac, alteori îngrijoresc subiectul. Astfel, pentru corectarea unei insomnii este, în unele cazuri, indispensabilă adăugarea la



produsul hipnotic nebarbituric (de obicei un tranchilizant benzodiazepinic sau din altă grupă), fie a unui barbituric, fie a unui neuroleptic sedativ (clorpromazina, levomepromazina, tioridazina sau prometazina), care să potențeze acțiunea de producere și prelungire a somnului. La cei mai mulți dintre bolnavii nevrotici însă este, de multe ori, suficientă administrarea unui simplu tranchilizant pentru a induce somnul. Este de reținut avantajul pe care îl prezintă anxioliza realizată la subiecții virșnici, cu produsele Oxazepam, Lorazepam, care nu induc stări confuzionale nocturne. Situația devine mai complexă și cu multiple fațete atunci când este vorba de farmacoterapia psihozelor.

● **Asociația neuroleptic + neuroleptic.** Deși farmacologic nu există suficiente argumente pentru a valida asocierea neuroleptic + neuroleptic (mai ales în cazul celor incisive) la același subiect, totuși combinația neuroleptic administrat oral cu neuroleptic cu acțiune prelungită, pentru o scurtă perioadă în timpul tratamentului de atac, la începutul fazei de menținere și în cursul recăderilor, are efecte salutare. Asocierea dintre fenotiazinele sedative și Haloperidol, deși utilizată, pare justificată mai curând „de experiența clinică“, decât de farmacodinamica produselor (→ BUTIROFENONE). Incisivitatea marcată a Majeptilului și a Flufenazinei, ca și efectele sale extrapiramidale nedorite sînt „neutralizate“ în mod eficient de asociația cu Clorpromazina, Tio-

ridazină sau Levomepromazina, care permit, în plus, potențarea efectului antipsihotic și le favorizează toleranța. O mențiune aparte merită neurolepticele de tipul Propericiazinei, a Pipamperonului, care își exercită acțiunea în mod specific asupra impulsivității, agresivității, asupra tulburărilor de comportament, fiind folosite în asociere cu neuroleptice majore și permițînd o mai bună apropiere psihoterapeutică. Avînd în vedere că se apreciază o incidență de teste 80% a sindrömului extrapiramidal neuroleptic, datele cele mai recente relevă posibilitatea controlării lui, la 2/3 din subiecți, numai prin simpla reducere a dozei. Chiar și în perioada de stabilizare și de fixare a tratamentului de întreținere, proporția de subiecți care au nevoie de asocierea unui preparat antiparkinsonian, pare a fi de 10—20%.

● **Asociația neuroleptic + antidepressiv trîciclic.** Este susceptibilă de unele considerații farmacologice și biochimice (efectele celor două grupe de medicamente sint-practic opuse), ca și farmacokinetice (are loc creșterea concentrațiilor plasmatice ale antidepressivului și, probabil, ale neurolepticului). O indicație ar putea-o totuși constitui psihozele depresive delirante (melancolice) și/sau agitate și sindrömul depresiv instalat după un episod psihotic acut. Unul dintre dezavantajele acestei asociații se datorează faptului că acțiunea antidepressivă a triciclicelor apare ulterior acțiunii de dezinhibare indusă de această combinație, survenînd astfel pericolul trecerii la actul suicidal, care constituie numai o potențialitate atunci cînd încă există inhibiția. Totuși, unii autori sînt de părere că dozele mici de neuroleptice nu agravează depresia și că antidepressivele triciclice nu accentuează tulburările psihotice (BOULANGER și ZARIFIAN), neexistînd practic un antagonism clinic între ele. Deși riscul apariției depresiei în cursul evoluției și tratamentului schizofreniei, este crescut și din alte cauze decît cele psihogene, antidepressivele triciclice nu o rezolvă decît într-un număr limitat de cazuri și unele dintre aceste depresii (10—15%) sînt, de fapt, o formă akinetică a sindrömului extrapiramidal și răspund bine la antiparkinsoniene.

● **Asociația antidepressiv + tranchilizante.** Se realizează mai totdeauna, datorită coexistenței foarte frecvente a depresiei cu anxietatea și efectul tranchilizant și cel hipnosedativ, parțial și depinde mai mult de doza folosită decît de

mecanisme specifice de acțiune. Cel mai riscant este cazul în care se „maschează” deprezia printr-un anxiolitic ce nu merge direct „la țintă”, ci doar liniștește. Benzodiazepinele sînt preferate neurolepticelor în sedarea din timpul zilei (atît la nevrotici, cit și la psihoticii aflați în tratament de întreținere (dar și pentru durata nopții, cînd pot fi asociate cu neuroleptice sedative în doze mici.

● *Alte asociații medicamentoase.* În ceea ce privește combinația între diferite antidepressive, rezultatele nu sînt confirmate de cercetări fundamentale. Benzodiazepinele, ca și antidepressivele triciclice, în asociație cu betabloccante pot fi utile în sindroame în care predomină anxietatea. De asemenea, trebuie ținut cont de faptul că anumite medicamente, ca sărurile de litiu, barbituricele, contraceptivele orale inhibă sau diminuează efectul terapeutic al antidepressivelor, prin intervenția la nivelul metaboliților acestora.

În ultimul deceniu, au apărut o serie de produse tipizate, care conțin diferite asocieri medicamentoase, permițînd astfel administrarea concomitentă a unui număr mare de medicamente. Cele intrate deja în uzul curent sînt următoarele :

ADEPRESSINA^(MC) Italia : Imipramină + Deanol Glutamat + Piridoxină
 ADEPSIQUE^(MC) Mexic : Amitriptilină + Diazepam + Perfenazină
 ADIFUGE^(MC) Elveția : Amfetamină + Atropină
 ADISTOP C^(MC) Elveția : Catină + Cafeină
 AGETRAN^(MC) Brazilia : Meprobamat + Reserpină + Papaverină
 AGYRAX^(MC) Franța : Hidroxizin + Meclozin + Bufenin
 ALTIPAX^(MC) Spania : Fencamină + Oxazepam + Piridoxină
 AMFESERPIN^(MC) Turcia : Reserpină + Metamfetamină
 AMILIT^(MC) Italia : Amitriptilină + Litium Carbonat
 AMIPERM^(MC) Anglia : Amitriptilină + Flufenazină
 ANAGRAX^(MC) Argentina : Fenfluramină + Dipotassium Clorazepate
 ANELUN COMPOSITUM^(MC) Spania : Amitriptilină + Protriptilină
 ANSIOLIN^(MC) Argentina : Amitriptilină + Oxazepam
 ANSIUM^(MC) Spania : Sulpirid + Diazepam
 ANTIADIPOSITUM^(MC) Elveția : Catină + Cafeină
 APO-PERAM^(MC) Canada : Amitriptilină + Perfenazină

AXINTO^(MC) R.F.G. : Noxiptilină + Euteperazină
 BAMADEX^(MC) Anglia : Dexamfetamină + Meprobamat
 BENPON^(MC) R.F.G. : Nortriptilină + Flupentixol
 BIPHETAMINE^(MC) Italia, S.U.A. : Amfetamină + Dexamfetamină
 BLOCARDYL S^(MC) Argentina : Propranolol + Clordiazepoxid
 BRAINAL^(MC) Spania : Deanol Acetamidobenzoat + Piritinol
 CAFILON^(MC) Austria, Elveția, R.F.G., Spania : Fenmetrazină + Fenbutrazat
 CHLORBAMATE^(MC) Grecia : Meprobamat + Hidroxizin
 CLINDORM^(MC) R.F.G. : Meprobamat + Acetprometazină
 CLOMIFENSIN^(MC) R.F.G. : Nomifensin + Clobazam
 CLOSERPIL^(MC) Spania : Clorpromazină + Feserpină
 COFFADYN^(MC) Elveția : Dexamfetamină + Cafeină
 COKTELIN-H^(MC) Japonia : Clorpromazină + Prometazină
 COMPENSOL^(MC) Mexic : Diazepam + GABOB
 COMPLUTINE AZUL^(MC) Spania : Perfenazină + Diazepam
 COMPLUTINE ROJA^(MC) Spania : Fenelzină + Diazepam
 CONACID-D^(MC) Argentina : Noxiptilină + Dipotassium Clorazepate
 CUAIT D^(MC) Brazilia : Tranilcipromină + Trifluoperazină + Diazepam
 DASTEN-PLUS^(MC) Brazilia : Mazindol + Diazepam
 DEADYN^(MC) Elveția, Italia : Femolină + L-Glutamină
 DEANXIT^(MC) Spania, Elveția : Melitracen + Flupentixol
 DÉBRUMYL^(MC) Franța : Deanol Piroglutamat + Heptaminol
 DENUBIL^(MC) Spania : Deanol Piroglutamat + Heptaminol
 DEPRELIO^(MC) Spania : Amitriptilină + Perfenazină
 DEPROL^(MC) S.U.A. : Meprobamat + Benactizin
 DESCRIPTIN^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
 DIAPATOL^(MC) Italia : Amitriptilină + Clordiazepoxid
 DIAZEPOXIN^(MC) Spania : Nortriptilină + Clordiazepoxid

- DIAZEPRIN^(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
- DOMALIMUM^(MC) Spania : Diazepam + Fenitoin
- DOMINANS^(MC) Italia : Nortriptilină + Flu-fenazină
- DOPRENE^(MC) Grecia : Deanol Piroglutamat + Heptaminol
- DORKEN^(MC) Spania : Dipotassium Clorazepate + GABOB + Piridoxină
- DUREMESAN^(MC) Elveția : Meclozină + Cafeină
- DUROPHET^(MC) Anglia, Australia : Dexamfetamină + Levamfetamină
- ELDORAL^(MC) R.F.G. : Nortriptilină + Flu-fenazină
- ELIREM^(MC) Grecia : Meprobamat + Hidroxizin
- ERGOCALM^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- ESBELCAPS^(MC) Mexic : Fenproporex + Diazepam
- ESKAPAR^(MC) Elveția : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- ESKATROL^(MC) S.U.A. : Dexamfetamină + Proclorperazină
- ETRAFON^(MC) Canada, S.U.A. : Amitriptilină + Perfenazină
- ETRAFON-A^(MC) Canada, S.U.A. : Amitriptilină + Perfenazină
- ETRAFON-D^(MC) Canada : Amitriptilină + Perfenazină
- ETRAFON-F^(MC) Canada : Amitriptilină + Perfenazină
- ETRAFON-FORTE^(MC) S.U.A. : Amitriptilină + Perfenazină
- FASEINA FORTE^(MC) Italia : Reserpină + Orfenadrină
- FILON^(MC) Anglia : Fenmetrazină + Fenbutrazat
- GAMIBETAL^(MC) Portugalia : Diazepam + GABOB
- HARMOMED^(MC) Austria : Dosulepin + Diazepam
- HIPOFAGIN^(MC) Brazilia ? : Amfepramonă + Diazepam
- HIREPIN(E)^(MC) Ungaria ? : Clorpromazină + Prometazină + Reserpină
- HISTILOS^(MC) Suedia : Hidroxizin + Meclozin + Acid nicotinic
- HYPNITAL^(MC) Suedia : Clometiazol + Prometazină
- ID-SEDIN^(MC) Brazilia : Reserpină + GABA
- IMPLICANE^(MC) Argentina : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- INIBEX^(MC) Brazilia : Amfepramonă + Diazepam
- INNOVAN^(MC) Argentina : Droperidol + Fentanil
- INNOVAR^(MC) Canada, S.U.A. : Droperidol + Fentanil
- INOVAL^(MC) Brazilia : Droperidol + Fentanil
- IPIOBAT^(MC) Grecia : Amitriptilină + Perfenazină
- IREMISAL^(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
- JATROSOM^(MC) Austria, R.F.G. : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- KARILE^(MC) Argentina : Nortriptilină + Perfenazină
- KINORTINA^(MC) Spania : Dexamfetamină + Cafeină
- KINORTINE^(MC) Franța : Dexamfetamină + Cafeină
- KLEVOCALM^(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
- KLOTRIPTYL^(MC) Finlanda : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- KLOTRIPTYL MITE^(MC) Finlanda : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LARGATEX^(MC) Spania, Franța : Clorpromazină + Trihexifenidil + Heptaminol
- LEOCASIL^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- LEPTANAL^(MC) Suedia : Droperidol + Fentanil
- LEPTOFEN^(MC) Italia : Droperidol + Fentanil
- LEPTOZINAL^(MC) Italia : Clorpromazină + Prometazină
- LEXPIRIDE^(MC) Brazilia : Bromazepam + Sulpiridă
- LIBICHROM^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- LIBIMAL^(MC) Grecia : Meprobamat + Clordiazepoxid
- LIBRAFIN^(MC) Grecia : Meprobamat + Clordiazepoxid
- LIBROKSIL^(MC) Turcia : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIBRONIL^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- LIMBATRIL^(MC) R.F.G. : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBATRIL F^(CM) R.F.G. : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBATRIL TABS^(MC) R.F.G. : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBATRILIN^(MC) Chile : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBATRILIN F^(MC) Chile : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBITROL^(MC) Bulgaria, S.U.A. : Amitriptilină + Clordiazepoxid

- LIMBITROL^(MC) Anglia, Olanda: Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBITROL TABS^(MC) Elveția: Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LIMBITRYL^(MC) Italia: Amitriptilină + Clordiazepoxid
- LONGOPAX^(MC) R.F.G.: Amitriptilină + Perfenazină
- LYBEREN^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- MADALEN^(MC) Brazilia: Imipramină + Clordiazepoxid
- MAGRILAN PLUS^(MC) Argentina: Mazindol + Lorazepam
- MARTIMIL C^(MC) Spania: Nortriptilină + Ectilureea
- MAXIBAMATO^(MC) Spania: Meprobamat + Dexamfetamină
- MC 1^(MC) Brazilia: Meprobamat + Beladonă + Ergotamină
- MEDIUM RETARD^(MC) Austria: Meprobamat + Beladonă + Ergotamină
- MEGAPHEN^(MC) R.F.G.: Clorpromazină + Prometazină + Reserpină
- MELIME^(MC) Spania: Amitriptilină + Clordiazepoxid + Homatropină
- MEPROBALEN^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- MEPROBAN-COFFEIN^(MC) Suedia: Meprobamat + Cafeină
- MEPROCALM^(MC) Elveția: Meprobamat + Reserpină
- MEPRODIL^(MC) Grecia: Meprobamat + Hidroxizin
- MEPRONIZINE^(MC) Franța: Meprobamat + Aceprometazină
- MEPROSEDON^(MC) R.F.G.: Meprobamat + Reserpină
- MEPROXYN^(MC) Grecia: Meprobamat + Hidroxizin
- MILTAMATO R^(MC) Spania: Meprobamat + Reserpină
- MINITRAN^(MC) Grecia: Amitriptilină + Perfenazină
- MINOREX^(MC) Brazilia: Amfepramonă + Diazepam
- MODEREX^(MC) Brazilia: Amfepramonă + Diazepam
- MONITAZON^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- MOTI-3^(MC) Argentina: Nortriptilină + Flufenazină
- MOTI-PRESS^(MC) Costa Rica: Nortriptilină + Flufenazină
- MOTIPRESS^(MC) Anglia: Nortriptilină + Flufenazină
- MOTIVAL^(MC) Anglia, Canada: Nortriptilină + Flufenazină
- MOTIVAL^(MC) Portugalia: Nortriptilină + Flufenazină
- MUTABASE^(MC) Spania: Amitriptilină + Perfenazină
- MUTABON-A^(MC) Olanda: Amitriptilină + Perfenazină
- MUTABON A^(MC) Italia: Amitriptilină + Perfenazină
- MUTABON-D^(MC) Olanda: Amitriptilină + Perfenazină
- MUTANXION^(MC) Franța: Amitriptilină + Perfenazină
- MUTASPLINE^(MC) Franța: Amitriptilină + Perfenazină
- NEO LIBINAL^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- NEO LIBRAFIN^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- NEO NEVROFILLIN^(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
- NEO REBAMAT^(MC) Grecia: Meprobamat + Oxazepam
- NEOVALE^(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
- NIFALIUM^(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
- NOBITROL^(MC) Spania: Amitriptilină + Medazepam
- NOBITROL F^(MC) Spania: Amitriptilină + Medazepam
- NOCTRAN^(MC) Franța: Dipotassium Clorazepate + Acepromazină + Aceprometazină
- NODAF^(MC) Italia: Nortriptilină + Flufenazină
- NOFRAN^(MC) Grecia: Meprobamat + Diazepam
- NOLOTEN C^(MC) Argentina: Propranolol + Diazepam
- NORFEN^(MC) Turcia: Nortriptilină + Perfenazină
- NORFENAZIN^(MC) Spania: Nortriptilină + Perfenazină
- NUMENCIAL^(MC) Mexic: Sulpiridă + Diazepam
- OBEDREX^(MC) Argentina: Fenfluramină + Amfepramonă
- OBSIDYL^(MC) Suedia: Amfepramonă + Meprobamat + Metilscopolamină
- ORPITIL^(MC) Anglia: Flufenazină + Orfenadrină
- PABENOL C^(MC) Italia: Deanol + Levoglutam + Levuloză Difosfat
- PACAMETA^(MC) Argentina: Orfenadrină + Prometazină + Clorpromazină

- PAIDENUR^(MC) Spania : Imipramină + Atropină + GABOB
- PANACTIN^(MC) Elveția : Dexamfetamină + Cafeină
- PANTROP R^(MC) R.F.G. : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- PARKS-PLUS^(MC) R.F.G. : Piritinol + Amitriptilină
- PARMODALIN^(MC) Italia : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- PARSTELIN^(MC) Anglia : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- PASEM^(MC) Argentina : Clordiazepoxid + Meprobamat
- PEFABOL^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- PENORMIN^(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
- PERTRANQUIL^(MC) Spania : Diazepam + GABOB
- PERTRIPTYL^(MC) Finlanda : Amitriptilină + Perfenazină
- PHASEIN F^(MC) Austria : Reserpină + Orfenadrină
- PIGUIN^(MC) Grecia : Meprobamat + Diazepam
- PLAFONYL^(MC) Argentina : Desipramină + Clordiazepoxid
- PSICODELTA^(MC) Italia : Pemolină + L-Glutamină
- PSICONOVAG^(MC) Argentina : Prometazină + Magneziu Glutamat
- PSICO-RETARD^(MC) R.F.G. : Nialamidă + Diazepam + Meprobamat
- PSYCHORIL^(MC) Grecia : Meprobamat + Clordiazepoxid
- PSYQUIL C^(MC) R.F.G. : Triflupromazină + Petidină
- PSYTON^(MC) R.F.G. : Nemifensină + Clobazam
- PULSANTON^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- RAMBOL^(MC) Grecia : Meprobamat + Clordiazepoxid
- REDUCTOL^(MC) Argentina : Fenproporex + Lorazepam
- REGIUM^(MC) R.F.G. : Meprobamat + Extract de Beladonă + Ergotamină
- RESIBAMATO^(MC) Portugalia : Meprobamat + Reserpină
- ROCITENS^(MC) Grecia : Amitriptilină + Diazepam
- ROCITENS F^(MC) Grecia : Amitriptilină + Diazepam
- RYDIMAT^(MC) Grecia : Meprobamat + Hidroxyzin
- SEDANS^(MC) Italia : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- SEDAPON^(MC) R.F.G. : Meprobamat + Acid iohimbic + Alcaloid de Beladonă
- SERENADE^(MC) Spania : Nitrazepam + Diazepam + Meprobamat
- SERPAMAT^(MC) Turcia : Reserpină + Meprobamat
- SERPATONIL^(MC) Elveția : Reserpină + Metilfenidat
- SICO-RELAX^(MC) Spania : Diazepam + Glutamină
- SOMNIUM^(MC) Grecia : Amitriptilină + Clordiazepoxid
- SPANACTIN^(MC) Spania : Dexamfetamină + Trifluoperazină
- STELADEX^(MC) Anglia : Dexamfetamină + Trifluoperazină
- STELAPAR^(MC) Brazilia : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- STELAPAR 1^(MC) Argentina : Tranilcipromină + Trifluoperazină
- STEMBAMAT^(MC) Suedia : Meprobamat + Proclorperazină
- STENAMIN^(MC) Elveția : Amfetamină + Metamfetamină
- STILLON^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam
- SULPAN^(MC) Brazilia : Bromazepam + Sulpiridă
- SUPER EMAGRIN^(MC) Argentina : Mefenorex + Diazepam
- SUPERMESIN^(MC) Spania : Meclozină + Cafeină
- SUPPONIZINE^(MC) Franța : Aceprometazină + Meprobamat
- TENUATINA^(MC) Spania : Diazepam + Alcaloid de Beladonă + Co-Dergocrină
- THALAMONAL^(MC) Bulgaria, R.F.G. : Droperidol + Fentanil
- THAMONAL^(MC) Israel : Droperidol + Fentanil
- TOFRANAZINE^(MC) R.F.G. : Imipramină + Promazină
- TOFRANIL^(MC) Anglia : Imipramină + Promazină
- TONOQUIL^(MC) Elveția, R.F.G. : Tiopropazat + Clofeniciclan
- TUNUVITAL^(MC) Franța : Deanol bitartrat + Acid ribonucleic
- TOTALGESINA^(MC) Argentina : Clordiazepoxid + Meprobamat + Homatropină
- TOTASEDAN^(MC) Argentina : Clordiazepoxid + Meprobamat
- TRANKIL^(MC) Grecia : Meprobamat + Oxazepam

- TRATOBES^(M) Argentina : Amfepramonă + Fenproporex + Diazepam
- TRIAVIL^(M) S.U.A. : Amitriptilină + Perfenazină
- TRIPHENAZE^(M) Grecia : Amitriptilină + Perfenazină
- TRIPHENAZE F^(M) Grecia : Amitriptilină + Perfenazină
- TRIPNOL^(M) Italia : Clorpromazină + Prometazină
- TRIPNOL FORTE^(M) Italia : Clorpromazină + Prometazină
- TRIPTAFEN^(M) Anglia : Amitriptilină + Perfenazină
- TROPARGAL^(M) Spania : Nortriptilină + Diazepam
- VAGOSTABYL^(M) Grecia : Meprobat + Clordiazepoxid
- VALISAL^(M) Grecia : Meprobat + Diazepam
- VEGESTABIL^(M) Argentina : Sulpiridă + Dipotassium Clorazepate
- VESITAN^(M) Elveția, R.F.G. : Tiopropazat + Clofenciclan
- VISERGIL^(M) Elveția, Italia : Tioridazin + Co-Dergocrină
- VISERGOL^(M) Argentina : Tioridazin + Co-Dergocrină
- XENIASEN^(M) Grecia : Meprobat + Oxazepam

1116. ASOCIAȚIA MONDIALĂ DE PSIHIATRIE ● Fondată în 1961, A.M.P. reunește asociații profesionale ale medicilor și oamenilor de știință din 75 de țări și întreține relații de colaborare strânsă cu OMS. Asociația dispune de 19 secțiuni și comitete, fiecare însărcinat cu cite un aspect tehnic particular, referitor la psihiatrie. De asemenea, asociația participă la lucrările comitetelor consultative ale OMS pentru elaborare de programe regionale privind sănătatea mintală și la activitatea unora dintre comitetele de experți. O mare parte a membrilor birourilor de secție sînt și experți OMS pe probleme. Asociația organizează periodic congrese de specialitate și ultimul (cel de-al III-lea) s-a desfășurat la Viena, în iulie 1984. România participă la activitățile A.M.P. încă de la înființarea acesteia.

1117. ASOCIAȚIE^(M) test ● Metodă pusă la punct de psihiatrii ROSANOV, KENT și JUNG și se bazează pe asociația liberă sau controlată experimental, fiind utilizată în psihodiagnoza personalității normale și patologice. Metoda constă în prezentarea succesivă a unei serii (liste) de cuvinte cu conținut neutru sau afectogen, subiectul trebuind să răspundă

la fiecare cuvînt-stimul, cu un alt cuvînt. Cînd subiectul răspunde cu primul cuvînt care-i vine în minte, indiferent de structura sau natura acestuia, este vorba de un test de asociație liberă (introdus de JUNG, 1919). Cînd se solicită din partea subiectului să răspundă fie numai cu substantive (sau verbe, sau adjective), fie numai cu sinonime (antonyme etc.) sau cu un șir de cuvinte, în timp determinat, avem de-a face cu un test de asociație controlat. Concomitent, se înregistrează timpul de reacție și particularitățile comportamentului manifest. Cel mai cunoscut test de acest gen este lista (de 100 de cuvinte) Kent-Rosanov (1927).

1118. ASOCIAȚIE VERBALĂ LIBERĂ ● În sens psihanalitic, desemnează înlănțuirea spontană a ideilor, consecutivă înlăturării cenzurii logicii asupra exprimării verbale. FREUD este cel care creează și utilizează această metodă; încercînd să învingă amnezia posthipnotică din cursul ședințelor de hipnoză pe care le practica, FREUD a observat că atunci cînd insistă ca subiectul să facă un efort, acesta era capabil să evocă tot ceea ce i se spusese. Apoi a încercat să aplice aceeași tehnică subiecților pe care nu-i putea hipnotiza, cerîndu-le să spună tot ceea ce le venea în gînd, fără să omită nimic, oricît de nesemnificativ li s-ar părea că este acel detaliu. FREUD a ajuns astfel la concluzia că aceste asociații libere nu sînt în realitate total libere, ci sînt controlate de subconștient și asociațiile libere constituite astfel un material bazai verbal, nedeformat de cenzură și deci mai adecvat analizei. De aceea, FREUD a și numit această metodă „psih-analiză” (psihanaliză). Principiul elaborat de FREUD a fost preluat de JUNG, care a imaginat testul asociațiilor verbale libere; acesta constă în următoarele etape: se oferă anumite cuvinte, stimul, la care subiectul trebuie să răspundă imediat cu primul cuvînt care-i vine în minte (există în aceste cuvinte-stimul anumite semnificații scontate). Analiza ulterioară a asociațiilor verbale libere poate dezvolta conflicte inconștiente, pulsioni refulate etc., care vor putea fi astfel „raționalizate” și „rezolvate” → PSIHOTERAPIA ANALITICĂ.

1119. ASOCIAȚIONISM ● Școală de psihologie care a făcut mare vogă în perioada secolului XVIII—XIX, reprezentanții ei aparținînd atît curentului materialist (Th. HOBBES, P. HARTLEY, J. PRIESTLEY), cit și celui idealist (B. BERKELEY, D. HUME, J. MILL și A. BAIN). Doctrina acesteia susținea că viața psihică, procesele sale nu sînt altceva decît rezultatul unui joc între diferite stări

psihice, al unor combinări și recombinări, al unor elemente psihice fundamentale și ireductibile. Pornind de la legile asociației stabilite de ARISTOTEL (contiguitate, asemănare și contrast), s-a trecut la explicarea formării senzațiilor, ca elemente de bază care se asociază pentru a da naștere la percepții, acestea se asociază la rindul lor, formind reprezentări, concepte, judecăți, raționamente. Această adevărată psihologie atomistă, reducând complexitatea vieții psihice la o suită de evocări asociative automate, dependente de legea riguroasă a secvenței stimulilor care acționează asupra substanței nervoase cerebrale, a stat la baza unor descoperiri (PAVLOV și BECHTEREV) în domeniul reflexelor nervoase. Aspectul mecanicist al teoriei a constituit punctul cel mai sever criticat de toate psihologiile dinamiste care s-au dezvoltat ulterior (ale formei, existențialismul, organo-dinamismul, psihanaliza, operaționalism, structuralismul etc.). Behavioriști ca E. GUTHRIE, J. WATSON ș.a. acordă, totuși, asociației un mare credit în fundamentarea teoriei învățării și importanța asociației este relevată în explicarea acțiunilor elementare de memorie și învățare a deprinderilor.

1120. ASOCIATIVITATE ● Proprietate pe care o are o operație matematică sau o lege de compunere de a fi asociativă: legea de compunere \perp este asociativă dacă pentru trei elemente a, b, c avem $(a \perp b) \perp c = a \perp (b \perp c)$. ↓ PIAGET preia acest caracter asociativ pentru a-i găsi loc în sistemul de operații mintale, al cărui principiu de variantă a rezultatului poate fi astfel explicat: „dacă același rezultat este atins pe două căi diferite, este totuși recunoscut ca fiind același”. Asociativitatea poate fi aplicată și structurilor senzorio-motorii, ca și grupurilor operatorii care intră în structura inteligenței.

1121. ASOMATOGNOZIE (cf. gr. *a-*; *som* „corp”; *gnosis* „cunoaștere”) sin. AUTOSOMATOGNOZIE ● Imposibilitatea recunoașterii (și conștientizării actului) a unui segment sau a întregului corp. Este o tulburare de schemă corporală.

1122. ASONANȚĂ (cf. lat. *assonare* „a răspunde în ecou”) ● Rimă imperfectă, formată din repetarea aceleiași vocale accentuate, la sfârșitul a două versuri sau într-o frază, însoțită de consoane asemănătoare, pentru a produce efecte expresive. Se poate defini și ca o corespondență de sunete cu identitate proprie accentuată. În patologia psihia-

trică, aparține sindromului maniacal (asociație de idei făcută superficial, elementar), schizofreniei (asociații anormale-automate, superficiale), oligofreniei și demențelor.

1123. ASPERGER⁽⁹⁾ sindrom ● Formă particulară de autism infantil, descrisă de cel care i-a dat numele, în 1944, constând într-o hiperactivitate intelectuală, dublată de o sărăcire emoțională, ce apare la copilul mai mare de trei ani; accentuându-se în primii ani de școală. Manifestarea mai tardivă și păstrarea nealterată a funcției de comunicare îl face să se deosebească esențial de autismul Kanner, avind un prognostic mult mai bun decât acesta. Insuficiența capacității de „cosuferință” (LICICO), ca și lipsa intuiției și a posibilității de folosire a experienței de viață anterioare (ASPERGER) constituie deficitul principal al acestor subiecți.

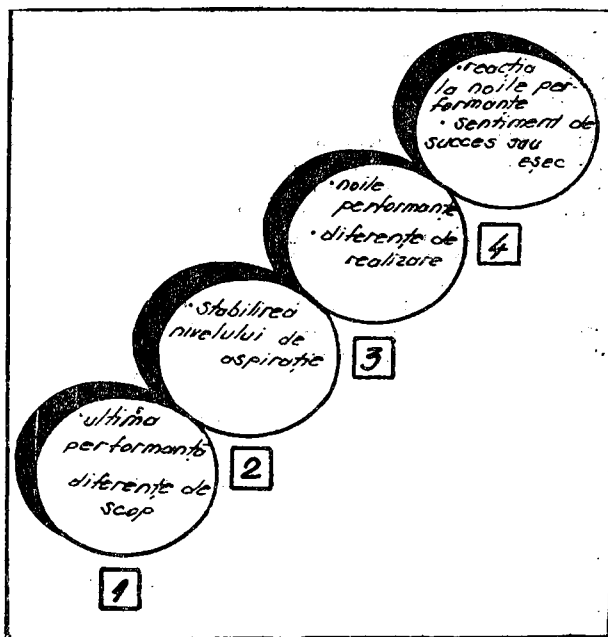
1124. ASPERMIE (cf. gr. *a-*; *sperma* „spermă, sămânță”) sin. ASPERMATISM ● Imposibilitatea realizării actului ejaculării fie datorită unor obstacole realizate de afecțiuni ale aparatului genito-urinar la nivelul canalelor de excreție a lichidului seminal (șancru, ulceratii ale corpilor cavernoși sau spongioși, inflamații sau tumori ale uretrei sau ale prostatei), fie condiționării psihogene (→IMPOTENȚA PSIHOGENA). În acest din urmă caz, aspermia constituie o formă de impotență ejaculatorie însoțită, de obicei, și de anerecție. Anejacularea poate fi totală sau electivă (în prezența numai a unei anumite partenere). Trebuie deosebită de azoospermie, care constă în absența spermatozoidilor din sperma ejaculată și care constituie mecanismul sterilității masculine.

1125. ASPERSINAL^(M) Argentina — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilamino-propil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziecilor, hipnoticelor și analgezicilor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

1126. ASPIRAȚIE (cf. lat. *aspirare* „a aspira (la)”) ● Categorie psihologică de natură motivațională complexă, expresie a unui ansamblu de factori motivaționali, conștienți sau inconștienți, manifestată ca dorință sau năzuință intensă, către un scop puternic valorizat de un individ sau grup de indivizi, scop care conține în el însuși un ideal. Aspirația implică tendința de autoafirmare prin identificarea

cu un model ideal, de obicei un model care intră în modelele comune, de serie. Aspirația, ca angajare motivațional-afectivă conștientă spre un scop, antrenează și factorul volițional. După A. MASLOW aspirația „este un ansamblu de forțe sau tendințe ce izvorăsc din motivația de creștere”. Practic, aspirația în sine poate fi o motivație de creștere. CHOMBART de LAUWE consideră aspirația ca fiind o „dorință activată de imagini, modele care sînt implicate într-o cultură și contribuie la continua ei înnoire”. Dinamica aspirațiilor individuale evoluează în funcție de sex, vîrstă, particularitățile psihologice ale persoanei, nivelul de instruire, experiențele trăite, relațiile stabilite în cadrul acestor experiențe, modelele care au intrat în jocul identificărilor în experiența persoanei, posibilitățile reale de care dispune persoana, tendințele de a împlini sau depăși aceste posibilități, complexe incoștiente (de exemplu, un complex de inferioritate poate genera o serie de manifestări cu semnificație de autoafirmare, manifestări susținute, în plan conștient sau preconștient, de aspirația spre un scop puternic valorizat). Aspirația se reglează în funcție de cunoașterea de sine, de experiența acumulată, de succesul sau eșecul persoanei într-un domeniu anume de activitate. LEWIN (psihologia dinamică) a introdus termenul de nivel de aspirație, înțelegînd prin acesta valoarea scopului de împlinire, așa cum o percepe și o așteaptă subiectul (împlinirea scopului la parametrii la care subiectul este satisfăcut). Nivelul de aspirație este legat de posibilitățile reale pe care le are o persoană, dar în mod special, el se leagă de motivație (un nivel de aspirație foarte ridicat sau foarte scăzut presupune existența unor motive puternice, frecvent incoștiente, mai ales dacă între aspirație și disponibilitatea autentică există mari discrepanțe — de exemplu, cazul nevroticului). După HOPPE (citată de P. POPESCU-NEVEANU), nivelul de aspirație conține scopuri, expectații, revendicări ale unei persoane, referitor la o sarcină anume. Există, de asemenea, o legătură între nivelul de aspirație al individului și nivelul grupului

de apartenență (fie acesta grup profesional, familial etc.). Nivelul de aspirație însuși funcționează ca motiv în alegerea sau în realizarea anumitor activități. Un nivel de aspirație optim presupune ca individul să aibă așteptări concordante cu posibilitățile sale, în funcție de aceste posibilități, deci presupune o autocunoaștere în special a motivelor și a capacităților sale. Discrepanța între performanța dorită (gradul de expectație) și performanța realizată (gradul de reușită) se consideră a fi măsura nivelului de aspirație. Definit inițial de HOPPE (1930), prin raportul dintre succesul real și succesul scontat, nivelul de aspirație și dinamica sa au constituit preocuparea multor psihologi și sociologi (DEMBOS, 1931; FRANK, 1935 și, în special K. LEWIN, FESTINGER, THOMSON, ROBAYE și SEARS). S-a arătat astfel că valența succesului unui nivel de dificultate dat este funcție de sistemul de referință utilizat de subiect. Dina-



mica nivelului de aspirație, după K. LEWIN, se poate urmări după următoarea schemă:

Cunoașterea propriilor reușite sau a succeselelor obținute de către indivizi considerați mai puțin capabili conduce, în general, la creșterea nivelului de aspirație, fie ca o consecință a creșterii încrederii în forțele proprii

și ridicării consecutive a expectanțelor, fie din accentuarea competiției. Legat de studiul de laborator și experimental al dinamicii nivelelor de aspirație, s-a căutat să se determine și nivelul de expectație sau mobilul reușitei, HICHCOCK (1903) realizând în acest sens o interesantă monografie.

O problemă importantă este cea a raportului dintre aspirație și posibilitate, cu implicații în psihiatrie. În cazul nevroticului, există totdeauna un decalaj între aspirație și posibilitate, acesta fiind un învins datorită nivelului aspirațiilor care depășesc posibilitățile, fapt care, în funcție de tipul de personalitate îmbracă diferite forme de manifestare (de la apatie la crizele de excitație isterică). În cazul psihoticului, vom întâlni o disociere, în sensul că posibilitățile sînt încă ale acestei lumi, iar nivelul și tipul aspirațiilor aparțin altei lumi. Varietatea formelor de manifestare va fi însă născută (nu limitată, ca în cazul nevroticului), pentru că alături de tipul de personalitate va intra în ecuație și tipul aspirațiilor, tot atât de infinite ca și „lunile” cărora le aparțin — create de fiecare psihotic în parte și caracterizate printr-o implitie specifică. În cazul personalităților dizarmonice, conflictul dintre aspirație și posibilitate devine un joc în care fiecare crede că este câștigător — dizarmonicul (subiectul) crezîndu-se de drept victorios, încă înainte de a lupta, și niciodată învins, în ciuda eșecului cert în care se zbate, este, în același timp, un revoltat, pentru că, afară de el, nimeni nu-i recunoaște victoria. Poate doar psihastenicul, face o notă aparte, el fiind un învins înainte ca lupta să aibă loc.

1127. ASSIVAL (M) Israel — DCI Diazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM (M).

1128. ASTAZIE (cf. gr. *a-* = stasis „acțiunea de a menține poziția verticală”) ● Imposibilitatea de a realiza și păstra poziția verticală. Tulburare existentă în afecțiunile organice ale sistemului nervos central, este frecvent însoțită de ABAZIE →. În psihiatrie, poate fi întâlnită în nevroza isterică — ușor de evidențiat prin absența oricărui semn de organicitate.

1129. ASTAZOABAZIE (A.A.) (cf. gr. *a-* = stasis ; *basis* „picior”) sin. APRAXIA MERSULUI — GERSTMAN § BLOCQ (B) boală ● Imposibilitate a menținerii poziției verticale și utilizării convenabile a membrilor inferioare, în absența oricărei paralizii.

În aceste condiții, subiectul este incapabil să-și miște membrele (făcînd greșeli grosolane) și să realizeze poziția verticală. În neurologie, se întâlnește în leziunile de lob frontal (considerat de unii autori drept coordonatorul fin al echilibrului) § nu de aceeași părere este și BARRE, care consideră drept cauză a acestei manifestări leziunea căilor vestibulare centrale. În psihiatrie, este cunoscută drept o manifestare psihomotorie paroxistică în nevroza isterică, avînd drept elemente definitorii ? imposibilitatea de a sta în poziție verticală și de a merge singur — acte realizate numai cu însoțitori, absența oricăror elemente obiective legate de motilitate sau sensibilitate, debut brusc — legat, de obicei, de o traumă psihică, reversibilitate totală și spectaculară, caracter repetitiv.

1130. ASTENIE (cf. gr. *asthenes* „fără forță”) ● Lipsa forței fizice și intelectuale sau a dorinței de manifestare a acesteia, consecutivă fatigabilității crescute. Astenia este unul dintre simptomele cele mai obișnuite din patologia generală, constituînd, în același timp, cu unele excepții, o prezență aproape permanentă în psihiatrie. Circumstanțele apariției acestei stări sînt diverse ca natură :

- fiziologice : malnutriția, convalescența, puseele de creștere din adolescență, sarcina, lăuzia, perioada de lactație, surmenajul §
- reacționale, consecutive suprasolicității intelectuale, senzoriale, afective sau fizice, ce dispar odată cu repausul necesar §
- infecțioase : în special gripa, hepatita epidemică, tuberculoza (practic orice boală infecțioasă) §
- digestive §
- cardiace §
- hematologice §
- toxice : intoxicațiile medicamentoase (supradozări), plumb, tetraclorură de carbon, bismut, chinină, oxid de carbon etc. ;
- neurologice : algii cronice, miastenie ;
- endocrine : boala Addison, boala Basedow, mixedemul, diabetul, insuficiența gonadică, sindroamele hipofizare.

Astenia fizică se poate traduce printr-o senzație de moleșală excesivă, de slăbire a forței musculare, însoțită de o modificare neplăcută a cenesteziei. Astenia psihică s-ar manifesta, după ROESENS, prin triada simptomatologică : dezinteres (apatie, inertie, inape-

tență, neparticipare, lipsă de inițiativă, dezangajare), sentiment de neputință (autoapreciere pesimistă a posibilităților, „reacție afectivă generală” — MONTASSUT) și sentiment de insecuritate (solicitările diurne resimțite ca amenințătoare). De altfel, și alte manifestări vin să întregască descrierea psihopatologică a asteniei psihice: dificultățile de evocare, scăderea controlului asupra atenției și efortul suplimentar permanent ce trebuie făcut în legătură cu concentrarea prosexică, tuburarea derulării spontane a operațiilor mentale (tradusă prin scăderea debitului verbal, a acuității și preciziei expresiei verbale și a creativității). Este de remarcat însă că astenia fizică și psihică sînt, în marea majoritate a cazurilor, resimțite în mod unitar.

Stabilirea unei etiologii corecte prezintă o importanță diagnostică deosebită. În psihiatrie, astenia se poate întîlni într-o serie largă de circumstanțe, căpătînd caractere, dacă nu tranșante, cel puțin discret diversificate, ajutînd orientarea diagnostică.

● *Astenia din nevroze* este banală, în sensul prezenței cu o frecvență ridicată în tablourile clinice și ea este aproape ubicuitară în istoria fiecărui nevrotic. Unii autori vorbesc chiar de o „astenie latentă”, caracteristică nevroticului. Continuă să persiste întrebarea dacă astenia este o realitate sau o „credință” în nevroză, ca și insomnia. Neurastenia conține în triada sa definitorie astenia, ca simptom în care se intrică fatigabilitatea, hipoprosexia și oboseala nervoasă, ceea ce dă o coloratură specifică ritmului de lucru diurn, caracterizat printr-o „prăbușire matinală”.

● *Astenia din psihoze* are aspecte clinice variate, în funcție de entitatea în care apare. Poate fi întîlnită în stările depresive, în care, cel puțin la debut, este extrem de greu de separat de depresia propriu-zisă. Apatia, lentoarea, fatigabilitatea, retragerea din fața efortului vor fi însă trecute curînd într-un plan secund, sub presiunea tristeții și a ideilor depresive. În schizofrenie, astenia poate fi un simptom major de debut, ceea ce impune cu necesitate, pentru evitarea erorilor, căutarea semnelor discordanței la subiecții tineri, prezentînd nemotivat sindroame astenice importante. Astenia face frecvent parte din tabloul postprocesual, aspect asupra căruia nu mai insistăm. Demențele (în special paralizia generală progresivă și demența arteriopatică) pot lua la debut un aspect dominat de astenie, de fapt, mai corect spus, de fatigabilitate tot mai marcată.

● *Astenia din structurile dizarmonice de personalitate* se manifestă ca o incapacitate de

angajare în efort, care apare astfel ca insurmontabil, depășind aprioric posibilitățile de acțiune ale subiectului. Este o oboseală în fața reprezentării mentale a efortului, o supradimensionare care epuizează, în primul rînd psihologic, subiectul. Competiția devine pentru acesta insuportabilă, iar posibilitățile sale de compensare sînt iluzorii. Astenia este unicul refugiu al personalităților dizarmonice de tip astenic, care trăiește față de ea sentimente ambivalente. Dizarmonicul de tip psihastenic este asediat în permanență de ideile pe care caută să le învingă, trăiește oboseala pe care acest efort i-l produce, cu sentimente dintre cele mai neplăcute, trecînd prin veritabile crize de oboseală. Psihastenicul trăiește (JANET) „un oribil sentiment al oboselei”.

● *Astenia din afecțiunile psihosomatice* este un simptom constant dată fiind scăderea resurselor dinamico-energetice din aceste boli.

F. ALEXANDER arată că subiecții antrenati într-o activitate care nu-i interesează obosesc foarte rapid și că această oboseală (însoțită de hipoglicemie prin hiperinsulinism funcțional) ar fi rezultatul unei „absente obișnuite și universale a interesului”, apărînd mai ales atunci cînd subiectul trebuie să se resemneze să continue lucrarea împotriva căreia „se revoltă în interior”. De altfel, este notoriu faptul că o activitate, chiar minimă sub aspectul efortului, dacă este nedorită, devine cu mult mai obositoare decît una realizată cu elan afectiv sporit.

În legătură cu mecanismele psihopatologice ale asteniei s-au lansat o serie de ipoteze, care nu și-au putut dovedi coerența globală. Astfel, explicațiile fiziopatologice s-au oprit, rînd pe rînd, asupra modificărilor umorale (creșterea raportului K^+/Na^+ , creșterea alcaloziei, hiperinsulinismul), a tulburărilor suprarenale, a tulburărilor adaptative subliniind rolul cuplului neuroendocrin (H. SELYE), a tulburărilor diencefalice (această zonă fiind considerată centrul coordonator al „elanului vital” — DELAY). La aceste explicații se adaugă studiile genetice (care ar arăta o netă predispoziție familială) și cele tipologice, care stabilesc corelații semnificative statistic între tipurile longilin sau leptosom, ba chiar descriu „constituția astenică”. Explicațiile psihologice merg pe două direcții principale: cea psihanalitică subliniind refuzarea instinctuală drept cauză generală în cadrul așa-numitului punct de vedere „economic” (FREUD), și cea care acordă importanță factorilor afectivi și tensiunii psihologice (P. JANET). Cu toate că fiecare dintre ipotezele anterioare sînt susținute cu argumente și realități, nici una nu poate

da o explicație mulțumitoare, care să ofere și modelul terapeutic. Amintim formularea lui F. ALEXANDER, după care interacțiunea complexă și delicată între funcțiile psihicului și cele neuroendocrine poate crea dificultăți în surmontabile celor care ar dori stabilirea riguroasă a unui factor primar, în patologia asteniei.

1131. **ASTENIE NEUROCIRCULATORIE** — sin. **ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ** (D.A.H.); **CORD IRITABIL**; **INIMA SOLDATULUI**; **NEVROZĂ CARDIACĂ**; **PSEUDO-ANGINĂ PECTORALĂ**; **SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE**; **STILLE-HARTSHORNE**^(S); **sindrom**; **TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE** → **DA COSTA**^(B) **sindrom**.

1132. **ASTENIC** — *tip morfologic* ● Descrie de KRETSCHMER, tipul astenic constituie unul dintre cele patru biotipuri umane de bază (alături de picnic, athletic și displastic) din clasificarea sa biotipologică. Tipul astenic este înalt, cu toracele lung și îngust, umerii apropiați, extremități lungi. Capul este mic, rotund și fața puțin alungită. Oasele și mușchii sînt subțiri. Pielea deschișă la culoare, părul și sprîncenele abundente, în timp ce restul corpului este mai puțin acoperit de păr. În observațiile sale clinice, KRETSCHMER a remarcat o corelație semnificativă între tipul astenic și schizofrenie, comparativ cu celelalte biotipuri în raport cu această boală.

1133. **ASTENOFOBIE**^(F) (cf. gr. *asthenes* „fără forță” și *phobos* „frică”) ● Teamă excesivă și nemotivată de oboseală și este puțin întîlnită și necesită o diferențiere netă de astenie, deosebit de frecvent întîlnită în afecțiuni psihice, care reprezintă senzația (motivată sau nu) de oboseala apărută după începerea efortului.

1134. **ASTENOPIE** (cf. gr. *asthenes* și *ops* „vedere”) ● Oboseală oculară, mai ales a vederii apropiate susținute, produsă prin :

- fatigabilitatea acomodării (astenopie acomodativă) și
- fatigabilitatea mușchilor care asigură convergența (astenopie musculară) și
- modificarea recepției la nivelul retinei (astenopie nervoasă) și
- modificarea recepției la nivelul cortexului occipital (astenopie cerebrală).

Simptomul se întîlnește în surmenaj, în neurastenii, dar și secundar administrării medicamentelor psihotrope (neuroleptice, antidepressive

tricyclice, tranchilizante), avînd un caracter reversibil.

1135. **ASTERIXIS** (cf. gr. *a-* și *stereos* „solid, ferm”) ● Incapacitatea unei persoane de a-și menține o poziție fixă în spațiu. Se poate observa cu precădere la extremitățile membrelor superioare în extensie (hiperextensia degetelor și miinilor). Se manifestă printr-un tremor neregulat asimetric, involuntar, al miinilor și degetelor, cu tendința brațelor la cădere din cauza incapacității subiectului de a-și păstra poziția impusă. Mișcările sînt bruște, variînd de la ușoare mișcări de lateralitate a degetelor, la mișcări ample de flexie ale degetelor și miinilor. Subiectul nu poate controla voluntar mișcarea. Prezența bilaterală a fenomenului de asterixis este patognomică pentru delirium. Deși descrisă ca fiind generală în afecțiunile hepatice și legată de o posibilă encefalopatie hepatică, tulburarea se poate observa în orice tip de delirium.

1136. **ASTEREOGNOZIE** (cf. gr. *a-* și *stereos* și *gnosis* „cunoaștere”) ● Imposibilitatea recunoașterii unui obiect prin simțul tactil, atît sub aspectul calității, cit și al formei, în ciuda experienței anterioare și a absenței leziunilor în etajul de recepție al analizatorului. Astereognozia poate fi : primară (→ AHILOGNOZIE ; AMORFOGNOZIE) și secundară (→ ASIMBOLIE TACTILĂ). În psihiatrie, astereognozia este prezentă numai în patologia organică (psihoză organice, toxice, infecțioase traumatisme, tumori).

1137. **ASTEROPSIE** (cf. gr. *a-* și *stereos* și *ops* „vedere”) ● Tip de agnozie vizuală, cu referință la reprezentarea și organizarea spațiului apropiat și duce la imposibilitatea subiectului de localizare a obiectelor apropiate, care îi par plasate în același plan în spațiu, prin pierderea diferențierii de profunzime.

1138. **ASTM** (cf. gr. *asthma* „respirație dificilă, astm”) ● Boală obstructivă respiratorie, cu caracter recurent, afectînd căile bronșice, în care tripla: bronhoconstricție, edem, hipersecreție apare determinată de o largă varietate de stimuli. Astmul este considerat o afecțiune psihosomatică multifactorial condiționată, în care se intrică factori imunologici, psihologici și organici. Factorii psihologici joacă un rol deosebit nu numai ca factori predispozanți sau de inițiere a bolii, ci mai ales, în întreținerea acesteia. F. ALEXANDER arată că există o relație inversă între numărul factorilor psihologici și al celor organici, dar

JONES este de părere că numai în a cincea parte din cazuri pot fi puși în evidență factori specifici declanșatori. E. SEROPIAN depistează factorul psihic numai într-un sfert din numărul de cazuri, în timp ce alți autori (KEREKJÖRTO, RESS, NEMETZ, STAUDENMAYER) îl găsesc în proporții mult mai ridicate. Un exemplu important îl reprezintă astmul extrinsec al copilului, în cazul căruia simpla scoatere a acestuia din mediul ambiant este urmată de dispariția crizelor, care reapar însă la revenirea lui în mediu. De asemenea, în astmul alergic, apariția crizelor la vederea reprezentării alergenicului (desen, fotografie — KOLB) sau reproducerea crizelor la sugestia hipnotică, precum și declanșarea lor într-un mediu asemănător celui de apariție (fără alergen), sînt dovezi nete în acest sens. Ameliorarea simptomatologiei de către medicația anxiolitică și, mai nou, de cea antidepresivă (Ludiomil), chiar în situațiile de status astmaticus, stabilește nu numai o corelație etiologică incontestabilă, ci și o cale terapeutică nouă. Explicarea psihodinamică a bolii a fost încercată de-a lungul timpului, cercetările lui ALEXANDER și FRENCH finalizindu-se la începutul deceniului al V-lea, într-un portret psihologic al astmaticului, în care trăsăturile se constituie din copilărie: teama de a pierde dragostea mamei, disperare neputincioasă, furie reprimată, „țipăt înăbușit” (criză inhibată de plîns). Acestea vor deveni la pubertate din simple schițe, veritabile crize astmatice. Studiile au fost reluate în această direcție, descriindu-se aspectul depresiv al personalității bolnavilor (GRINKER, ROBINS) sau identificînd astmul cu criza de anxietate provocată de disproporția dintre aspirații și posibilități (JONES). Alți autori au încercat descrierea unei „personalități astmatice” care s-ar concretiza în rigiditate, imoralitate, anxietate, reținere pulsională, agresivitate inhibată. Alt model al personalității este cel propus de GRINKER: duritate, agresivitate, iritabilitate, încăpăținare, intoleranță. Acestor studii li se reproșează însă lipsa de obiectivitate în alegerea loturilor sau exagerarea interpretărilor psihanalitice. Cu toate acestea, ele aduc la suprafață elemente reale, care pun în adevărată lumină interconexiunea cauzală a factorilor întricați. Ca și studiile comportamentale, care subliniază dificultățile de adaptare ale astmaticului, imaturitatea sa afectivă, ele deschid căi fructuoase de abordare terapeutică, în care psihoterapia, terapia psihotropă, terapia familială se întregesc în arsenalul terapeutic al psihiatrului. Depășind granițele medicinei interne, boala astmatică, împreună

cu cardiopatia ischemică și ulcerul gastric, rămîne la interferența acesteia cu psihiatria,

1139. **ASTRAFOBIE^(P)** (cf. lat. *astrum* „astru” gr. *phobos* „frică”) ● Teamă cu caracter patologic de corpuri cerești. Este greu de circumscris unor entități psihiatrice

Asupra societății umane primitive, fenomenele astrale au exercitat întotdeauna o fascinație, dublată de o permanentă teamă, generată de incapacitatea oamenilor de a sesiza relații și determinări privind aceste manifestări. Stelele căzătoare, cometele, eclipsele au generat, în diferite epoci istorice, stări de panică populațiilor umane. Odată cu progresul cunoașterii, aceste fobii și-au redus frecvența, și și-au pierdut semnificația. Epoca modernă și contemporană trăiește sub semnul unei adevărate „astrafilii”, desigur fără caracter patologic.

1140. **ASTRAPEFOBIE^(P)** (cf. gr. *astron* „fulger” ; *phobos*) ● Teamă patologică de fulgere. Subiecții care prezintă acest simptom trăiesc în timpul furtunilor o stare de mare agitație, accentuată de singurătate sau de incapacitatea de a găsi un loc de izolare. Este mai frecventă la copil.

1141. **ASTRAL** (cf. lat. *astrum* „astru”) ● Adjectiv referitor la astre (planete, sateliți, comete — corpuri cerești care au lumină proprie sau primesc lumină de la un alt corp). Ca ființă cosmică, omul a fost, de la începuturile sale, fascinat de bolta cerească, a dorit să afle ce este dincolo de planeta sa, ce fire nevăzute îl leagă de Univers, de acele puncte luminoase, care sînt martore imuabile ale nașterii și dispariției sale. Limitele cunoașterii au germinat în mintea umană cele mai fantastice închipuiri, care au rămas în istoria civilizației cu atributul mitologic. În această interpretare, omul nu a putut să nu alăture astrelor pe om, făcînd supraființe cărora le-a conferit supreme calități de zei. Dacă antichitatea a plămînit mituri ce i-au îmbogățit și înfrumusețat spiritualitatea, în schimb evul mediu a adus un plus de mister și vrajă în relația omului cu astrele. Astrologia, arta de a „prevesti” evenimentele, destinul, în raport cu poziția relativă a astrelor, a căpătat o valorizare socială nemaiîntîlnită, în care a fost implicată și medicina timpului. Sănătatea, sufletul și corpul, gîndurile și acțiunile ființei umane erau implacabil influențate de planete. S-a ajuns chiar să se ofere o explicație pentru orice înfrîmînt sau boală. Astfel se consideră, că soarele guvernează creierul și nervii, hemisfera dreaptă și ochiul

sting al femeii ; Jupiter — plămîni, ficatul și glandele sexuale masculine ; Marte — rinichi ; Venus — uterul, sinii și aparatul genital al femeii ; iar Mercur — fenomenele psihismului. Școala medicală inițiată de PARA-



CELSUS a fost promotoarea ferventă a acestei concepții, în care instrumentul terapeutic fundamental era forța magnetică.

Dacă știința medicală, prin achizițiile sale științifice, a înlăturat complet explicațiile fantaziste ale bolilor, care le puneau în legătură cu astrele, psihiatria mai cunoaște și astăzi astralul, sub forma de deliruri mai mult sau mai puțin sistematizate. Schizofrenia, parafrenia, psihozele paranoide, în special, sînt afecțiuni în care bolnavul are uneori convingerea delirantă că se află sub influența unei forțe astrale, care îi conduc acțiunile, voința, întreaga existență. Unii subiecți cu o dotare intelectuală modestă continuă și azi să acorde semnificații eronate unor banale fenomene astrale : comete, forma lunii, stele căzătoare. În ultimele decenii, s-a dezvoltat astrobiologia — ramură științifică distinctă, care se ocupă cu studiul fenomenelor biologice influențate de astre ; ea încearcă să aprofundeze și să expliciteze, de exemplu, relația dintre erupțiile solare și bioritm, în funcție de alternanța noapte-zi.

1142. **ASTROCITOM** (cf. lat. *astrum* și gr. *kytos* „cavitate, înveliș”) • Tumoră cu localizare cerebrală, cu origine în țesutul glial și aspect histologic citoplasmatic diferit, în funcție de predominanța celulelor sau fibrelor gliale. Aceste tumori au o evoluție mai lentă. În localizarea frontală, astrocitoamele se manifestă, inițial, prin crize adversive focal-motorii sau generalizate. Ulterior, apar tulburări ale vorbirii expresive, bradipsihie, lipsă de inițiativă, euforie fără hiperactivitate, iritabilitate etc. În zona temporală, astrocitomul declanșează crize comițiale, crize psihosen-

zoriale, halucinații vizuale, olfactive, gustative, vizuale complexe, senzația de înstrăinare sau de „dējă-vécū”. Cu cît tumorile cresc în profunzime, cu atît tulburările psihice scad în specificitate : depresie, apatie, bradipsihie, tulburări comportamentale, scăderea simțului critic, scăderea performanțelor cognitiv-operaționale. În zona temporală, astrocitoamele reprezintă 23% din tumori. În zona occipitală, astrocitomul determină halucinații vizuale în crize sau ca aură a unor crize, metamorfopsii, agnozii, alexii și afazii. Caracteristică pentru astrocitom pare apariția cefaleei și/sau a crizelor comițiale cu cîteva ani înaintea celorlalte simptome. Deși astrocitomul poate apărea și în alte zone : corp calos, parietal, nu există o simptomatologie de diferențiere.

1143. **ASTROFOBIE**^(P) (cf. lat. *astrum* și gr. *phobos* „frică”) • Noțiune sub care BEARD a încercat să reunească o serie de frici legate de fenomene astronomice sau cosmice, cum ar fi : teama de uragane și furtuni (cheimofobie), asociată sau nu cu teama de tunete (brontofobie) și de fulgere (astrafobie), cutremure (seismofobie). Termenul are deci un caracter generic, iar fobiile din această categorie sînt frecvente la copil și nu imbracă întotdeauna un caracter patologic la adult.

1144. **ASTVATATUROV**⁽⁸⁾ *sindrom* • Descris, în 1928, de psihiatrul sovietic și sub numele de ACARIE, acest semn se caracterizează prin insistența, adezvititatea sclititoare a unor subiecți, de a-și întreba de mai multe ori medicul despre anumite lucruri față de mai aștepte răspunsurile acestuia. Explicația acestei manifestări este legată de disocierea inițiativei verbale de cea motorie și de existența unei rigidități psihice. Menționat inițial în stări psihopatoide postencefalitice și în corée, sindromul a putut fi observat, ulterior, în impregnarea neuroleptică.

1145. **ASTYN**^(M) Japonia — DCI *Ectiluree* • Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etil-crotonil) uree, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și afecțiuni psihosomatice. Efecte secundare practic absente, cu o bună toleranță.

1146. **AȘTEPTARE ANXIOASĂ** • Stare caracteristică în nevroza anxioasă, care există chiar și în absența crizelor de anxietate. Bolnavul anxios are nevoie permanent de încurajare din partea celor care îl înconjură. FREUD afirmă existența unei „adevărate rezervă” de anxietate liberă, gata să se fixeze

pe reprezentări mintale aleatorii. Așteptarea anxioasă implică: hiperestezie, echivalente minore ale anxietății, tulburări hipnice (în special insomnie de adormire), antrenind teama de momentul culcării, pseudofobii (frici de obscuritate, furtună, situații, date). Acestea din urmă sînt legate de o situație princeps incriminată de subiect ca fiind la originea răului său.

1147. ATAC → CRIZĂ ; PUSEU ; PAROXISM.

1148. ATAC STATIC ● Manifestări epileptice, caracterizate prin căderi brutale, în care este dificil de stabilit dacă există și o scurtă suspendare a conștiinței. Cauza căderii este o suprimare bruscă a tonusului muscular sau o mioclonie epileptică în flexie, a membrorilor inferioare.

1149. ATAETHYL^(M) R.F.G. — DCI *Disulfiram* ^{sin.} → ANTALCOL^(M) România.

1150. ATADIOL^(M) Italia — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butadiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă. Este considerat un bun tranchilizant de zi.

1151. ATARACTIL^(M) Portugalia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

1152. ATARAX^(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Danemarca, Israel, Italia, Iugoslavia, Spania, S.U.A., Suedia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor- α -fenilbenzil)1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

1153. ATARAXIE (cf. gr. *ataraxia* „calm, liniște”: *a-* și *taraxis* „tulburare, agitație”) ● Pentru DEMOCRIT, reprezenta un principiu moral conform căruia fericirea nu poate fi atinsă decît printr-o stare de liniște și seninătate sufletească și prin dominarea pasiunilor. Ulterior, a devenit principiu de primă mărime al tuturor doctrinelor morale din perioada elenisto-romană (epicurism, stoicism, scepticism). În medicină, în accepțiunea generală, ataraxia desemnează starea de pasivitate a unui organ, a unei funcții; în psihiatrie, ter-

menul a cîștigat în nuanțare, dar este definit mai mult prin contrast. Înțelesul său a fost acceptat prin opoziție cu hiperemotivitatea, anxietatea, instabilitatea și impulsivitatea, reflectînd un calm netulburat, impasibilitatea, liniștea, dar în nici un caz indiferența afectivă.

1154. ATARVITON^(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1155. ATARZINE^(M) Canada — DCI *Promazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

1156. ATAVISM (cf. lat. *atavus* „strămoș”) ● Apariția la unii descendenți, a anumitor caracteristici ereditare, fizice sau psihice, despre care se presupune că au aparținut unor strămoși îndepărtați, caracteristici care nu s-au manifestat la una sau mai multe generații. Termenul este mai frecvent utilizat în biologie decît în psihiatrie și desemnează, de cele mai multe ori, menținerea și transmiterea ereditară a unor caracteristici fără importanță biologică pentru indivizii actuali, fiind dovada înrudirii filogenetice a organismelor. În psihologie, nu există exemple bine conturate de atavism, deși nu este improbabil ca multe componente din sfera inconștientului (inconștientul colectiv al lui JUNG), să poată fi privite ca atavice, în special cînd ele se manifestă deschis în viața de zi cu zi a individului. În psihiatrie, atavismul apare ca o reîntoarcere la forme primitive sau animale, de comportament, datorită bolii. Este specific evoluției stărilor dementiale grave și poate fi întîlnit și în psihozele schizofrenice.

1157. ATAXIE (cf. gr. *ataxia* „dezordine, confuzie”: *a-* și *taxis* „ordine, aranjament”) ● Absența sau dificultatea de a menține o ordine la nivelul unei funcții a organismului sau al unui sistem, fie el fizic sau psihic. Neurologic, se referă la pierderea capacității de coordonare a mișcărilor active (voluntare), care poate avea la origine o tulburare apărută la nivelul nevraxului. Se manifestă printr-o inadecvare a mișcării (deși este înțeleasă și executată corect, ea își pierde scopul și nu își atinge destinația propusă), ce rezultă dintr-un

deficit al funcțiilor de echilibru, de coordonare și sinergie. Cele două forme ale ataxiei: ataxia kinetică (motorie) și cea statică (posturală) sint, practic, de neseplat (exemplul tipic de ataxie locomotorie se găsește în tabes-mers dezarticulat, imprecis, mișcări bruște — cind, în absența coordonării vizuale, tulburarea devine vizibilă). Ca etiologie, ataxia poate avea numeroase determinări, în funcție de locul unde se produce leziunea: ataxie prin leziuni ale sistemului senzorial (ataxie neuropatică, prin leziuni spinale, prin leziuni bulbare, prin sindromul talamic, ataxii parietale) și ataxie prin leziuni ale sistemului de control și de reglare (ataxie cerebeloasă, labirintică, cerebrală) și ataxii mixte (ataxie frontală, parietală — pseudotabetică, occipitală — pseudocerebeloasă, caloasă, vestibulară). Ataxia isterică este un fenomen des întilnit în cadrul tabloului isteric de diferite intensități și se supune legilor fenomenului isteric.

1158. ATAXIE ALCOOLICĂ ACUTĂ ● Sindrom descris, în 1900, de către BECHTEREV, care se poate întilni în alcoolismul cronic, dar și în intoxicația alcoolică acută (BOGOLFOV). Incoordonarea motorie, instabilitatea în mers (putind atinge imposibilitatea de deplasare), la care se adaugă dizartria și tremorul sint semnele centrale ale acestui sindrom, determinat de leziuni ale trunchiului cerebral și ale cerebelului.

1159. ATAXIE FRONTALĂ^(S) *sindrom* (BRUNS, 1892) *sin.* PSEUDOATAXIE FRONTALĂ^(S) *sindrom* (BARRE, 1953) *sin.* → BRUNS^(S) *sindrom*.

1160. ATAXIE INTRAPSIHICĂ ● Termen introdus de STRANSKI (1904), anticipindul pe cel de „Spaltung“ al lui BLEULER, pentru a defini generic separarea și neconcomitența stărilor emoționale din schizofrenie, în raport cu conținutul gândirii. STRANSKI vorbește și despre sentimente și emoții ataxice. Tulburarea constă așadar în discordanța dintre conținutul emoțional latent și cel exprimat al gândirii, constituind unul dintre simptomele sindromului dissociativ schizofrenic. H. EY modifică întrucitva sensul noțiunii, caracterizând-o ca „slăbire dinamică a gândirii”. Echivalentul modern al termenului este incongruența afectivă.

1161. ATAXIE ISTERICĂ^(S) *sindrom* ● Descris de BRIQUET, în 1859, și caracterizat prin scăderea tonusului muscular, concomitent cu hiposensibilitatea pielii.

1162. ATAXIE PUPILARĂ *sin.* [ATEZOZĂ PUPILARĂ *sin.* → HIPPOS^(S) *semn.*]

1163. ATAXIE SPINO-CEREBRALĂ FRIEDREICH ● Afecțiune neurologică degenerativă, transmisă ereditar, afectind fasciculele piramidale ale măduvei spinării și grupe neuronale corticale. Acest fapt are drept consecință un tablou clinic polimorf: ataxie, areflexie, atrofie optică, nistagmus, precum și cifoscolioză, picior scobit, insoțite, la 10–15% din cazuri, de oligofrenie în grade variabile.

1164. ATAXIA TAMPULUI *sin.* → CRONOA-TAXIE.

1165. ATAXODINAMIE (cf. gr. *a-*; *taxis*; *dynamis* „forță, vigoare”) ● Tulburare a dinamogenezei, combinind scăderea tonusului motor spontan cu diminuarea importantă a forței musculare.

1166. ATAXOFEMIE (cf. gr. *a-*; *taxis*; *pheme* „mesaj”) ● Afectarea comunicării verbale, datorată unei tulburări de coordonare a aparatului fonator, conducind la o distorsionare a sunetelor și cuvintelor.

1167. ATAZINA^(M) Italia — DCI Hidroxizin ● Tranchilizant derivat difenilmetan, de tip 2-/2-/4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxifetanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

1168. ATEBEN^(M) Argentina — DCI Nortriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo[a, d]cicloheptan- $\Delta^{5\gamma}$ propilamină, cu acțiune mai rapidă decit a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

1169. ATEFOBIE^(P) (cf. gr. *Ate* „zeița nefericirii, care produce toate calamitățile” și ca subst. comun „ruină, nefericire” și *phobos* „frică”) ● Frică nejustificată, patologică, de ruine (dărîmături) și pare a nu se mai întilni astăzi decit cu totul întimplător.

1170. ATELIERE PROTEJATE ● Reprezintă una dintre formele active ale terapiei de readaptare a handicapatilor, ce se realizează în afara unităților de asistență medicală, în locuri de muncă cu un climat de protecție și cruțare necesar recuperării și/sau socializării subiectului. În acest caz, utilizarea capacității de muncă restante nu se realizează în

folosul colectivității (în primul rând), ci în folosul subiectului, cu concursul colectivității. Activitatea depusă, corelată cu posibilitățile fiecărui subiect, permite, în același timp, o anumită remunerație, ca rezultat al activității depuse; trebuie privită nu atât sub raportul beneficiului material, cât mai ales moral, constituind pentru subiect o dovadă a utilității activității depuse. Formele de materializare al acestui generos deziderat sînt multiple, dar, în principiu, se pot împărți în două tipuri principale, în funcție de locul unde se desfășoară activitatea:

- În aceiași instituție unde subiectul își desfășurase activitatea anterior bolii și în cadrul aceleiași profil, dar în condiții special create și metodă adoptată de unele țări, în a căror legislație a muncii este prevăzut acest fapt, precum și un anumit procentual de asemenea locuri de muncă.
- În unități special create în acest sens, unde activitatea desfășurată nu poate fi totdeauna identică cu cea desfășurată anterior îmbolnăvirii, în majoritatea cazurilor fiind doar apropiată și beneficiind, evident, de condiții de cruțare și protecție — metodă adoptată de alte țări și realizată practic în unități de tip cooperatist.

Mai eficientă este prima variantă, care are avantajul de a nu scoate subiectul din mediul său de muncă și din sistemul de relații interumane care îi este familiar, creînd astfel condiții mai bune socializării și readaptării sale.

1171. ATELIERE TERAPEUTICE ● Formă activă a terapiei de readaptare a handicapaților, ce se realizează în cadrul unității medicale care a îngrijit bolnavul și în perioada acută a bolii sale. Oferă mai mult posibilitatea de continuare a tratamentului de întreținere decît de valorificare a potențialului de muncă restant, căutîndu-se, mai ales, modalități de reinsertie ulterioară. Provin din atelierele tradiționale de ergoterapie de pe lângă spitalele clasice de psihiatrie, care azi nu se mai află nicăieri înglobate în cadrul spitalului. În prezent, sînt parte componentă a Centrului de sănătate mintală sau a dispensarului neuro-psihiatric (U.R.S.S.), a Centrului de sănătate comunitară (S.U.A.), a Asistenței Comunitare (Anglia), a Sectoarelor de igienă mintală (Franța), a Laboratoarelor de sănătate mintală (Ungaria), devenind centre de asistență ai căror beneficiari sînt bolnavii care continuă tratamentul. Problematika organizării și funcționării atelierelor terapeutice a suscitât și con-

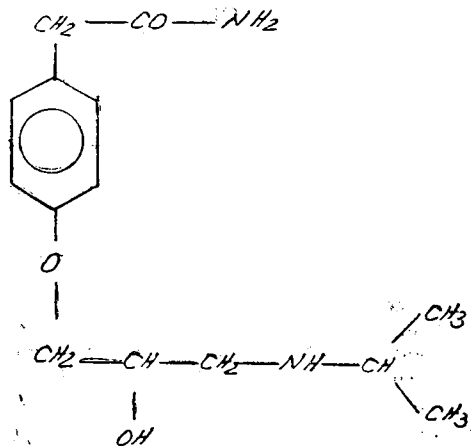
tinuă încă să suscite multe controverse în ceea ce privește statutul pe care acesta trebuie să îl aibă: limitarea la modelul atelierului protejat clasic, modalitate de postură în cadrul spitalului de zi sau al Centrului de inițiere sau perfecționare profesională. La noi în țară, o experiență interesantă prin originalitatea soluțiilor, este aceea a Centrului de sănătate mintală din Timișoara.

1172. ATEMORIN^(M) S.U.A. — DCI *Metil-pentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

1173. ATEMPOL^(M) Anglia ● Tranchilizant, derivat alkenic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ATEMORIN^(M).

1174. ATENOL^(M) Finlanda ● Psihotrop anxiolitic \rightarrow ATENOLOL^(DCI).

1175. ATENOLOL^(DCI) ● Derivat acetamidic, de tip 2-/p-/2-hidroxi-3-(isopropilamină)-propoxi/fenil/acetamidă, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, tulburări funcționale ale sistemului cardiocirculator, adjuvant în tratamentul sevrajelor de diferite origini, combaterea tremorului senil. Constituie principiul activ pentru următoarele produse farmaceutice:



- Cel mai bine cunoscut este: **TENORMIN^(E)^(M)** — Anglia, Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, R.F.G., Spania, Suedia.

● Se mai întâlnesc și sub numele:

● ATENOL ^(M)	Finlanda
● NORMITEN ^(M)	Israel
● PRENORMINE ^(M)	Argentina
● SELES BETA ^(M)	Italia
● TENOBLOCK ^(M)	Finlanda

1176. **ATENSINE^(M)** Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzođiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1177. **ATENSION^(M)** Japonia — DCI *Rešcinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive și este un marcat hipotensor.

1178. **ATENȚAT LA MORAVURI** ● Comportament desemnat de Codul Penal ca fiind în totală opoziție cu normele morale ale societății. Nu este apanajul obligatoriu al bolnavilor psihici dar, după mulți autori, se întâlnește mult mai frecvent la aceștia. GUIRAUD sistematizează aceste acte, după tipul lor și după entitățile nosologice în care apar, astfel:

- exhibiția — paralizia generală, demența senilă, manie, perversiuni sexuale și
- violență și viol — epileptici, hebefrenici, sădici și
- necrofilie — imbecili, dizarmonii de personalitate de tip impulsiv.

1179. **ATENȚIE** (cf. lat. *attentio* „atenție“)

● Funcție a psihismului constând în mobilizarea, orientarea selectivă și concentrarea focalizată a proceselor psihocomportamentale, în vederea unei reflectări optime și facile a realității și a unei intervenții eficiente de autoreglare a activității. Din această definiție reies două caracteristici:

- atenția necesită un anumit nivel de veghe;
- selectivitatea atenției este întotdeauna asociată cu o cantitate neașteptat de mare de stimuli irelevanți (nepotrivii), din care cauză orice discuție asupra atenției include și aspectul inseparabil al inatenției.

Selectivitatea este strict legată de semnificația stimulilor și ea rezultă dintr-un proces activ neuronal, facilitator și inhibitor, ce se desfășoară la diferite niveluri și structuri ale

sistemului nervos, începând cu organele periferice de simț și terminând cu cortexul cerebral. Rolul atenției în activitatea umană este foarte important și atenția participă la o cunoaștere mai exactă, mai fidelă a lumii inconjurătoare, fiind prin excelență un proces psihic aflat în serviciul cunoașterii, permițând selecția din mediul ambiant a ceea ce este mai important pentru organism și pentru adaptarea lui la condițiile exterioare în permanentă schimbare. Sistemul nervos este incapabil să prelucere concomitent toate datele (impulsurile nervoase) furnizate de simțuri și de aceea apare ca obligatorie o anumită selecție în cursul căreia unele semnale să fie preferate în detrimentul altora, proces selectiv bazat, de fapt, pe atenție. Faptul că această funcție se materializează în diferite activități intelectuale, motorii etc., arată că atenția nu poate fi izolată de celelalte procese psihice, ci trebuie concepută numai în strânsă interdependență cu ele (concluzie valabilă, de altfel, și pentru celelalte procese psihice).

Caracteristicile atenției:

- selectivitatea, caracteristică principală a atenției, presupune reținerea unui stimul concomitent cu ignorarea altuia, fapt posibil datorită intervenției unor mecanisme de „filtrare” mobile și de comutare permanentă de la un stimul la altul;
- mobilitatea sau flexibilitatea atenției presupune ușurința și rapiditatea cu care se poate trece de la o problemă la alta și
- direcționarea sau orientarea atenției semnifică faptul că procesul este întotdeauna îndreptat către o sursă de stimulare;
- concentrarea este capacitatea de aprofundare a unor probleme și detașarea de ambianță și de menționat că subiectul învață să fie atent, să-și concentreze rapid atenția asupra stimulilor relevanți și
- distribuția atenției sau capacitatea de a cuprinde „simultan” (de fapt, succesiv, dar cu o mobilitate foarte rapidă, ce dă impresia de simultaneitate) mai multe acțiuni (în medie 2—6) și
- stabilitatea sau durabilitatea atenției este, în realitate, o caracteristică relativă, atenția prezentând fluctuații în timp și în spațiu și

De menționat că aceste caracteristici ale procesului de atenție formează un tot unitar, fiind separate numai în condiții experimentale.

Factorii favorizanți ai atenției:

- ambianța și unii autori au încercat să diferențieze o atenție voluntară, presu-

punând concentrare premeditată a atenției ca urmare a intervenției unor factori interni, și o atenție involuntară, nepremeditată, determinată de un stimul neașteptat, neobișnuit, din mediul extern. Această clasificare, deși comodă, nu este decât parțial justificată, existând numeroase exemple în care cele două categorii de stimuli, externi și interni, se împletesc, orice separare fiind arbitrară. Un fapt este sigur și anume că stimulii externi au un caracter obiectiv, acționând independent de subiect.

- competiția stimulilor apare în situația în care acționează diverși stimuli. Competiția între stimuli este determinată de mai mulți factori: intensitatea stimulului, contrastul stimulului față de fond, variația și noutatea stimulilor (elementele „surpriză”) și accesibilitatea și inteligibilitatea lor.
- incertitudinea stimulilor este capacitatea acestora de a atrage atenția, în funcție de cantitatea de informație pe care o conțin.
- motivația (o cauză internă, un interes, o preferință) constituie o adevărată forță propulsivă, care generează, susține sau orientează procesul atenției, stimulul având doar rolul de a actualiza un interes și interesul conține atenție în stare latentă, iar atenția presupune interesul în acțiune. Interesul constituie deci suportul atenției, care, la rîndul ei stimulează și consolidează interesul.
- curiozitatea constituie un alt factor stimulator al atenției și cunoașterea elementelor de noutate și surpriză (curiozitatea satisfăcută), făcînd să înceteze mobilizarea atenției.
- recompensa joacă un rol foarte important în suscitarea atenției, iar dobîndirea informației recompensează căutarea.

Posibilitatea și limitele menținerii atenției. Stabilitatea atenției este relativă, „fixitatea” atenției fiind considerată ca o stare anormală. Se presupune că diminuările periodice ale concentrației atenției au origine centrală, procesul producîndu-se la nivelul structurilor superioare ale sistemului nervos și avînd la bază, probabil, un fenomen de oboseală a centrilor nervoși datorită monotoniei stimulilor. Menținerea unei atenții susținute (vigilență) necesită prezența unor factori (condiții) care favorizează atenția: mărirea stimulului (atenția fiind mai ușor menținută la stimulii de intensitate mare), frecvența și regularitatea stimulilor (subiectul își elaborează un ritm

„mediu” al expectativei stimulului), cunoașterea rezultatelor (legătura de tip feed-back joacă rolul unei „întăriri”, care activează creierul, mărînd nivelul vigilenței), existența și intensitatea optimă a motivației, condițiile generale ale ambianței, starea funcțională a sistemului nervos central. În înregistrările EEG s-a observat că persoanele introvertite prezintă un nivel de activare corticală spontan mai ridicat, ceea ce le conferă un grad de atenție mai susținut și obținerea unor performanțe superioare, în timp ce persoanele extravertite prezintă un nivel de activare spontan mai redus, performanțe inferioare față de tipul introvertit, dar beneficiază de adăugarea unor stimuli suplimentari, care măresc nivelul de activare cerebrală.

Mecanismul neurofiziologic al atenției. Starea de veghe constituie condiția fundamentală necesară procesului atenției și, de aceea, mecanismul neurofiziologic al atenției implică existența stării de veghe, cu mecanismele ei specifice. Un stimul senzorial specific determină un potențial cortical specific, dar și o activare cerebrală difuză, nespecifică, avînd rolul de modificador al stării funcționale a creierului. Cortexul activat este capabil în măsură mai mare să recepționeze și/sau să prelucreze informația specifică transmisă pe un anumit canal senzorial aferent. Pentru producerea atenției este însă necesar un anumit nivel „optim” de activare corticală. La un nivel scăzut de activare cerebrală, individul se comportă ca un neatent sau ușor distrat și la un nivel foarte crescut – ca un om excesiv de anxios, în timp ce la nivelurile medii ale vigilenței, individul este alert, atent și performanțele sale ating un nivel optim de eficiență. Nivelul „optim” nu trebuie conceput ca fiind fix și nici identic la toate persoanele sau la aceeași persoană în toate momentele, ci mai degrabă, ca o zonă în interiorul căreia se realizează atenția. Activarea cerebrală difuză corticală, deși s-a dovedit a fi un mecanism absolut necesar producerii atenției, nu este niciodată suficientă, neputîndu-se pune semnul egalității între cele două procese. În legătură cu rolul indiscutabil al activării în producerea atenției, trebuie menționat procesul de orientare către sursa de stimulare, considerat ca „anticamera atenției”, reacția punînd creierul în stare de „disponibilitate activă” și pregătîndu-l pentru selecția ulterioară a informației. În timp ce reacția de orientare se produce prin intermediul activării reticulare, stingerea ei implică un proces inhibitor cortical. Se presupune că, în scoarță, se organizează un model al stimulului (tipar), în sensul că

anumite celule păstrează informațiile privitoare la caracteristicile stimulului (durată, intensitate, ordin de stimulare etc.). În cazul repetării, creierul compară mesajul sosit cu modelul stocat și, dacă cele două reprezentări (configurații) coincid, creierul nu mai răspunde la stimuli, fiind „obișnuit” și în schimb, dacă există o cît de mică neconcordanță, se generează o nouă reacție de orientare.

Un alt mecanism care intervine în procesul de atenție este fenomenul de filtru, datorită căruia creierul selectează informația relevantă. Prin analogie cu sistemele de comunicație, s-a presupus că atenția operează ca un filtru și potrivit acestui model, importanța naturii selective a atenției rezidă în faptul că organismul este forțat să aleagă, permanent și competitiv, numai o parte din varietatea de stimuli senzoriali care influențează receptorii. Deci atenția selectează informațiile (creierul neputînd prelucra mai multe mesaje concomitent), admitînd pe cele relevante și respingîndu-le pe cele irelevante. Se pare că „teoria filtrului” își are o aplicare justificată în situațiile în care are loc o reală competiție a stimulilor și este nevoie de comutarea rapidă a atenției.

Procesul neurofiziologic al atenției implică o secvență fazică: stadiul de generalizare polisenzorială, urmat de stadiul selectiv, paucisenzorial. Atenția nu se poate împărți, distribui, deoarece procesul implică orientarea selectivă, predominantă pentru un stimul sau o activitate, în detrimentul celorlalți stimuli sau al altor activități și numai aparent există o distribuție concomitentă (simultaneitate) a procesului de atenție. Se pot efectua totuși mai multe activități în același timp, prin următoarele mecanisme:

- una dintre activități solicită o atenție concentrată, în timp ce restul are un caracter mai automatizat, deci nu solicită prea multă atenție și
- atunci cînd activitățile concurente nu sînt automatizate, atenția se comută rapid de la o activitate la alta, incit dă impresia unei simultaneități (este, de fapt, o mare mobilitate a procesului de atenție) și
- diferitele activități sînt, de fapt, integrate într-un comportament (activitate) complex, coordonat.

Atenția nu există ca proces de sine stătător, ci este implicată în multe alte procese centrale: cunoaștere, orientare, percepție, învățare, memorie. Atenția este diferită de orientare (orientarea — „alertă nespecifică” și atenția — „alertă specifică”).

Clasificare. Atenția poate fi: externă (observarea, interpretarea stimulilor din ambianță) și internă (constind în concentrarea interioară asupra stărilor emoționale și a gândurilor, sub forma introspecției, meditației, reflecției) și spontană și voluntară.

H. MUNN menționa atenția habituală, ca „deprindere de a fi atent” la nivelul unor desfășurări ale căror componente orientative au fost comprimate (ZAPOROJOT) și regresate la circuite senzoriomotorii (ZAPAN). Această formă ar echivala cu atenția postvoluntară sau operațional-habituală a lui MILERIAN (de exemplu, scriind nu suparveghe executarea fiecărei litere și nici așezarea lor în pagină). Atenția involuntară sau spontană este în funcție de intensitatea, complexitatea, ambiguitatea și noutatea stimulilor din ambianță.

Psihologia reclamei și a mass-media este canalizată în direcția atragerii atenției publicului asupra unui proces sau eveniment, prin amenajarea cîmpului perceptiv. Atenția involuntară poate fi declanșată și prin activarea unor motive sau interese personale ale subiecților, prin sugestii sau comenzi verbale. Atenția voluntară (autoactivarea), ca modalitate superioară de atenție, se bazează pe decizia conștientă, formularea unui scop și inducția intențională a unui efort voluntar. Funcționarea acestei modalități prosexice este limitată de timp, trebuind să fie înlocuită cu alte forme ale atenției.

Testarea atenției se poate realiza prin baraj de litere, cifre sau figuri geometrice (probele Bourdon, Toulouse-Piéron, proba „celor 400 de semne” etc.), cu înregistrarea numărului de erori și omisiuni, precum și a vitezei de execuție (corespunzător, se obține un indice de exactitate și unul de rapiditate, care variază în funcție de caracteristicile proceselor nervoase, de gradul de exersare implicat în profesie, de starea de sănătate a individului etc.).

Cunoașterea particularităților atenției permite selecția profesională, iar tulburările ei constituie semne importante în drumul spre diagnostic în psihiatrie.

Atenția, ca funcție psihică, nu este investigată încă în suficientă măsură. După opinia noastră, cel puțin un sfert din tulburările etichetate în prezent ca fiind tulburări de memorie, sînt tulburări de atenție.

1180. **ATENȚIE FLOTANTĂ** ● Regulă ideală, modalitate specifică prin care analistul ascultă și recepționează asociațiile libere ale subiectului. Este corolarul, simetricul regulii de asociație liberă a subiectului. Așa cum subiectul

este sfătuit să nu trieze, să nu cenzureze ideile pe care le comunică, analistul trebuie să susțină orice motivație sau ipoteză teoretică susceptibilă să-i canalizeze atenția, substituind propria cenzură celei eliminate a subiectului. Atenția flotantă permite comunicarea de la inconștient la conștient, precum și conștientizarea transferului și contra-transferului, modifică și optimizează funcția mnezică.

Pentru realizarea atenției flotante este necesară analiza didactică a analistului, permanența autoanaliză și conștientizarea contra-transferului. Numai un analist care a făcut el însuși o analiză didactică va reuși să elimine, în mare parte, propriile rezistențe, în perceperea inconștientului subiectului. Ceea ce analistul refuză să perceapă la sine însuși va percepe greu la analizat; apărările analistului vor fi oferite analistului și vor hrăni rezistențele acestuia. Trăirile pe care analistul și le acceptă cu dificultate vor fi ineficiente sau deloc interpretabile de către analizat → ASOCIAȚIE LIBERĂ ; CONSTRUCȚIE ; ANALIZĂ DIDACTICĂ.

1181. ATENȚIE tulburări sin → DISPROSEXII.

1182. ATENUARE — EEG ● Scădere spontană sau provocată a amplitudinii grafoelementelor înregistrate pe un traseu EEG, ca urmare a diminuării activității bioelectrice.

Circumstanțele în care se poate produce această atenuare sînt variate putînd fi raportate la o activitate psihică normală (concentrare a atenției, calcul mintal) sau la circumstanțe patologice — suferință cerebrală difuză sau focalizată, depresie, neurastenă, schizofrenie. Atenuarea traseului nu este decît un indice global fără specificitate. El se discută doar în raport cu alte caracteristici ale traseului : frecvență, morfologie.

1183. ATERAX^(M) Anglia — DCI Hidroxi-zin ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-[2-/4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi]etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HLDROXIZIN^(M).

1184. ATEROSCLEROZĂ (cf. gr. *athare* „terci de făină” și *skleros* „dur”) ● Afecțiune cronică degenerativă, caracterizată prin modificări complexe ale intimei arterelor, constînd din acumulări focale de lipide și glicoproteine, asociate cu proliferarea țesutului de fibroză, depuneri de calciu și remanierea peretelui vascular. Considerată a avea un

caracter epidemic în epoca modernă, boala a existat încă din antichitate, vestigiile sale fiind descoperite și la mumii egiptene. Deține unul dintre primele locuri ca morbiditate și mortalitate, fiind substratul principal al cardiopatiei ischemice și al afecțiunilor vasculare cerebrale. Ateroscleroza are o frecvență mai mare în țările dezvoltate economic, în care se înregistrează o durată medie de viață crescută (în peste 90% din cazuri, cardiopatia ischemică se datorește aterosclerozei, fiind mai frecventă la bărbați decît la femei), și recunoaște un determinism plurietiologic, cuprinzînd factori de risc, dintre care, cu risc major, cu rol cert în patogenia aterosclerozei, sînt :

- hiperlipidemia, mai ales hiperlipoproteinemii de tip II (hipertrigliceridemie endogenă, indusă de glucide). Corelația dintre hipercolesterolemie și ateroscleroză, relația de proporționalitate între creșterile colesterolului și riscul de apariție a cardiopatiei ischemice sînt astăzi puse sub semnul întrebării ;
- regimul alimentar constînd din cantități crescute de grăsimi saturate și colesterol, tip de alimentație specific mai ales țărilor dezvoltate economic (nordul Europei, S.U.A., iar la noi în țară, în Banat, Transilvania) ;
- hipertensiunea arterială sistolică și/sau diastolică — factor de risc chiar mai important decît hipercolesterolemia ;
- fumatul incriminează rolul monoxidului de carbon care, prin hipoxia indusă, determină modificarea permeabilității endotelului și a fluxului plasmatic transmural ;
- diabetul zaharat și toleranța anormală la glucoză se asociază frecvent cu hipertensiunea arterială, hipercolesterolemie, obezitate, hiperuricemie ;
- obezitatea ;
- hiperuricemia ;
- surplusul ponderal ;
- stressul prin hipersimpaticotonia caracteristică ; prin efectul lipolitic și inhibarea eliberării heparinei din mastocite, aceasta favorizează formarea plăcilor de aterom ;
- factorul genetic rezultă din transmiterea ereditară a unor factori de risc : hipercolesterolemie, hipertensiune arterială, sau din factori care decurg din obiceiurile de viață comune (alimentație hipercalorică).

Patogenia aterosclerozei este un proces complex, care rezultă din interacțiunea pro-

prietărilor morfofiziologice ale peretelui vascular cu constituienții lor sanguini și forțele hemodinamice. Există teorii patogenice diverse, ce pot fi — după CALVET și SCOTTO — rezumate în: ● unicistă (MARCHANT, 1904), care privește ateroscleroza ca pe un proces unic, ce se manifestă în mod diferit în funcție de arterele afectate, ● dualistă, care diferențiază ateroscleroza sau arterioscleroza (infiltrația lipidică a peretelui vaselor mari și mijlocii) de arterioscleroză (hialinoză difuză a arterelor cu diametrul sub 200 μ , specifică miocardului și creierului).

Leziunile aterosclerotice se caracterizează prin acumularea în intima și porțiunea internă a mediei arterelor mari și mijlocii, de esteri ai colesterolului, fosfolipide și trigliceride, acumulare favorizată de creșterea, la acest nivel, a concentrației mucopolizaharidelor cu hipoxie miointimală consecutivă. Pe lângă aceasta, lipidele acumulate stimulează producția de collagen, elastină și mucopolizaharide de către celula intimală, ducând, în final, la necroza celulei. Pe de altă parte, adezivitatea trombocitară crescută și eliberarea serotoninei modifică pozitiv permeabilitatea vasului pentru lipoproteine și fibrinogen, cu depozitarea fibrinei la nivelul țesuturilor aterosclerotice ale echilibrului fluidocoagulant. Apare astfel o insuficiență a sistemului fibrinolitic, prin tromboză (cu ocluzia arterei) la nivelele plăcii ateromatoase. Rolul forțelor hemodinamice este demonstrat de repartiția topografică a leziunilor, care sînt mai accentuate la membrele inferioare, unde forțele hidrostatice sînt mai mari. Hipertensiunea arterială acționează prin modificarea peretelui arterial, favorizînd creșterea presiunii de filtrare transparietală a lipoproteinelor și prin alterarea structurii murale elastice, care accentuează hipoxia. Unda pulsatilă determină zone de dezipitelizare, care ulterior vor constitui sediul unor microtrombi înglobați în leziunile aterosclerotice.

Ca localizare, ateroscleroza este mai avansată în regiunea crossei aortei și la nivelul bifurcației arterelor iliace. Arterele coronare suferă un proces aterosclerotic care este mult mai avansat decît al altor artere de aceleași dimensiuni, iar carotidele dezvoltă procesul aterosclerotic deasupra locului de bifurcare (obstruînd uneori originea carotidei interne). S-a remarcat că arterele poligonului Willis sînt mai frecvent afectate decît vasele cerebrale mici, datorită unei curgeri mai turbulente a sîngelui în locurile de modificare bruscă a diametrelor sau configurației vaselor.

După A. MOGA, simptomatologia clinică ar putea fi stadializată în:

- stadiul preclinic — sînt prezente doar tulburările metabolice (mai ales lipidice) fără manifestări clinice și există leziuni arteriale micro- și macroscopice și
- stadiul clinic manifest — corespunde simptomatologiei cu caracter paroxistic sau progresiv, generate de distrucțiile și ischemia provocată de ateroscleroză conferind simptomatologia de organ.

Ateroscleroza coronariană determină apariția cardiopatiei ischemice și ateroscleroza arterelor organelor digestive — „colita ischemică”, insuficiența circulatorie cronică în teritoriul mezenteric, infarctul intestinal și ateroscleroza arterelor renale — hipertensiune arterială renovasculară, infarctul renal și ateroscleroza arterei pulmonare determină hipertensiune în mica circulație.

În ceea ce privește ateroscleroza arterelor cerebrale mari, bolile acute vasculare de la acest nivel se situează, ca morbiditate și mortalitate, imediat după bolile cardiovasculare: infarctul cerebral reprezintă circa 60% din bolile cardiovasculare (hemoragia cerebrală — 20% și embolia cerebrală — 5% și hemoragii subarahnoidiene — 10%). Manifestările cronice apar în urma obstruării sau stenoării vaselor intracerebrale sau a arterelor mari, care irigă creierul.

Sindromul clinic cerebrovascular generat de ocluzia arterelor extracraniene (artera carotidă și artera vertebrobazilară) se manifestă în funcție de teritoriul afectat: insuficiența circulatorie în teritoriul carotidian (obstrucția a peste 50% din lumen) prin: hemipareze de partea opusă leziunii (de obicei, tranzitorie), amauroză monoculară homolaterală sau numai tulburări de vedere tranzitorii, afazie, dizartrie, stare confuzională.

Clinic, ocluzia carotidei se decelează prin perceperea unui suflu sistolic la auscultația carotidei sau prin absența pulsațiilor la artera temporală. În cazul obstrucției uneia dintre carotide, compresiunea (manevră care necesită extremă prudență) celeilalte carotide determină modificări EEG, sincopă, convulsii sau manifestări cerebrale de focar.

Insuficiența vertebrobazilară determină: tulburări de vedere uni- sau bilaterale, diplopie, nistagmus, hemianopsie, dizartrie, disfagie, parestezii circumorale și ale limbii, ataxie, vertij, cefalee, sincopă, stări confuzionale. Diagnosticul clinic este completat de examenele paraclinice: măsurarea presiunii arterei centrale a retinei, electroencefalogramă, scintigrafă cerebrală, radiografia craniului, arteriografie cerebrală.

Procesul distrofic aterogen, instalat progresiv la nivelul vaselor cerebrale, determină arterioscleroza cerebrală, care începe să se manifeste clinic încă din decada a 5-a (uneori chiar a 4-a) de viață → ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ.

Prognosticul aterosclerozei depinde de stadiul în care a fost depistată, de factorii de risc pe care îi cumulează subiectul, de modul în care acesta respectă măsurile profilactice și curative. Este dovedit că asocierea cu hipertensiunea arterială, diabetul și obezitatea agravează prognosticul.

1185. ATETOZĂ (cf. gr. *athetos* „care nu se supune unei reguli stabilite”) ● Sindrom de natură extrapiramidală, caracterizat prin existența unor mișcări involuntare, ce prezintă următoarele trăsături:

- sînt lente, cu caracter tonic, susținut;
- au adesea un caracter de torsiune vermiculară;
- au tendința de repetare mai mult sau mai puțin stereotipă;
- predomină la segmentele distale, în primul rînd la degetele de la mînă, apoi la cele de la picior;
- sînt asimetrice;
- cînd afectează fața și musculatura laringelui apar grimase caracteristice, iar vorbirea devine de neînțeles;
- apar pe un fond de hipertonie musculară;
- se accentuează în cursul mișcărilor voluntare și al emoțiilor, dispar în somn și se ameliorează în repaus total, în decubitus.

Substratul fiziopatologic constă în leziuni la nivelul nucleului caudat și putamen, ce duc secundar la dezinhibarea activității nucleului palid.

În etiologie sînt incriminate: sechele după ictcr nuclear și afecțiuni involutive și boli degenerative familiale: boala Tay-Sachs, boala Niemann-Pick, degenerescența hepato-lenticulară, fenilcetonuria și infecții cu virusuri lente și leucoencefalita sclerozantă subacută, boala Creutzfeldt-Jacob și tumori și encefalopatie portală.

1186. ATETOZĂ PUPILARĂ — sin. ATAXIE PUPILARĂ ^{sin.} → HIPPIUS^a semn.

1187. ATEV-BERGAMINI — fenomen EEG ● Închiderea ochilor, în timpul înregistrării electroencefalografice, la copiii cu epilepsie sau cu tulburări de comportament, realizează o activare constînd în apariția unor unde sinusoidale, de 3—4 c/s, simetrice și sincrone, în derivațiile posterioare, fenomen descris

de ATEV și BERGAMINI, în 1960. Repetarea manevrei nu duce obligatoriu la repetarea fenomenului.

1188. ATHYMIL^(M) Franța — DCI *Mianserin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 1, 2, 3, 4, 10, 14 b-hexahidro-2-metildibenzo/c,f/-pirazin/1,2-a/azepină, indicat în depresii de orice formă și intensitate, cu mențiunea că, în cele nevrotice, poate apărea în primele zile somnolența. Administrarea la vîrstnici și în epilepsie necesită prudență. Nu are antidot cunoscut, fapt important pentru intoxicații.

1189. ATILEN^(M) Cehoslovacia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1190. ATIMHORMIE (cf. gr. *a-* ; *thymos* „suflet” și *hormē* „impuls, elan, avînt”) ● Modificare cantitativă a afectivității, care constă în scăderea accentuată a capacității de rezonanță afectivă, exteriorizată prin dezinteres, indiferență, apatizare a afectelor, pînă la răceală și devitalizare afectivă. DIDE și GUIRAUD (1922), care au introdus această noțiune, au circumscris-o ca „pierdere a elanului sufletec, cenestezic și afectiv”, „afectare primară a Eului în totalitatea sa”, descriind-o în schizofrenie. În acest sens, atimhormia se apropie, conceptual, de „pierderea contactului vital cu realitatea” (MINKOWSKI, 1927), prin nota comună a deficitului primar afectiv, noțiunea minkowskiană exprimînd — mai mult formal — caracterul derivat, de relaționare cu ambianța, a aceleiași carențe timice. Considerată de DIDE și GUIRAUD drept atribut fundamental, primar, al „demenței precoce” (ei nu au recunoscut termenul de schizofrenie) și propusă de cei doi autori chiar ca denotativ al bolii însăși, atimhormia a fost atribuită localizării unui proces lezional la nivelul „celulelor ce conduc sinteza cenestezică și activitatea instructivă”, din regiunea suboptică mezodiencefalică (GUIRAUD, EY). În celebrul lor articol „Observații critice asupra schizofreniei lui BLEULER” (1926), GUIRAUD și EY discută observațiile clinice referitoare la tulburările schizofreniforme apărute consecutiv epidemiei de encefalită letargică, în care s-au evidențiat microleziuni cerebrale, considerînd aceste microleziuni responsabile — în alte circumstanțe etiologice — de apariția atimhormiei (și deci de apariția a ceea ce astăzi

se înțelege, în mod destul de unitar, prin schizofrenie). Chiar dacă psihiatria contemporană propune un cu totul alt model de determinism biologic în schizofrenie, chiar dacă denumirea și magistrala descriere, datorate titanului de la Zürich, au făcut carieră, istoria psihiatriei trebuie să rețină onestitatea emblematică a unui autor nu mai puțin celebru, care își recunoaște eroarea, inevitabil tribut al gândirii științifice: „...deși concepția mea biologică asupra schizofreniei nu s-a confirmat, leziunile anatomice descrise nefiind evidente în toate cazurile, ea a avut darul de a atrage atenția...” (GUIRAUD, 1968). Ceea ce conferă un al doilea merit articolului citat, exemplificator pentru atit de necesara probitate științifică.

1191. **ATIMHORMIE JUVENILĂ** ● Termen propus de DIDE și GUIRAUD, în 1922, pentru a-l înlocui pe cel de demență precoce ; nu prezintă decît un interes istoric.

1192. **ATIMIE** (cf. gr. *a-* ; *thymos* „suflet”) — sin. **INDIFERENTISM AFECTIV** ● Lipsa de tonus afectiv și scăderea capacității de modulare afectivă în raport cu ambianța, cărora le corespunde o inexpresivitate mimico-pantomimică. În cadrul hipotimiei, atimia reprezintă gradul cel mai sever și se întâlnește în stări confuzionale grave, în oligofrenii, demențe, stări defectuale.

1193. **ATINGERE^(D) delir** (lat. *atingere* „a atinge”) ● Școala franceză desemnează prin acest termen obsesia de a se murdări prin atingerea anumitor obiecte sau porțiuni ale corpului. Individul suspectează continuu curățenia obiectelor atinse, considerindu-le potențial încărcate de microbi sau produse nocive. Acțiunile de a bea, a mânca, a respira pot fi la fel de nocive. Consecința este curățarea, dezinfectia continuă — considerată mereu insuficientă —, care capătă uneori aspecte de ritual. Delirul de contact descris de ESQUIROL este foarte asemănător.

1194. **ATIPIC** (cf. gr. *a-* ; *typikos* „care reprezintă, care figurează”) ● Termen frecvent utilizat în limbajul psihiatric curent pentru a desemna (într-un mod destul de relativ) tablouri clinice caracterizate printr-un anumit grad de specificitate în cadrul unor clase de entități nosologice, dar care conțin și particularități, mai inexpresive clinic, din sfera semnelor accesorii ale schizofreniei („*sindrom nevrotic atipic*”, „*manie atipică*”, „*depresie atipică*” etc.). Fără să aibă un statut clar fundamentat științific, aceste formulări diagnostice

aparțin mai mult unui jargon acceptat tacit de clinicieni (probabil și datorită conotațiilor eufemistice), fiind utilizate atit ca „*diagnostic de așteptare*” (în cazul debuturilor „*atipice*” pseudonevrotice, pseudopsihopatie etc. de schizofrenie), cit și ca diagnostic „*definitiv*” în cadrul tablourilor clinice mixte. În prezent, termenul a căpătat o definire mai precisă care, în pofida generalității sale, circumscrie o categorie diagnostică unei mari diversități de manifestări psihopatologice : clasă de tulburări incomplet definite, fie prin absența posibilității de a obține informații suficiente unui diagnostic mai specific (datorită particularităților clinice ale cazului în speță), fie datorită faptului că tabloul clinic nu întrunește criteriile pentru nici una din categoriile clasei respective. Tulburarea atipică devine astfel o categorie diagnostică reziduală, aplicabilă (cu excepția schizofreniei) tuturor claselor diagnostice întilnite în clinica psihiatrică : sindrom organic cerebral mixt sau atipic (în care nu se poate defini un tablou de delirium, demență, sindrom amnestic, halucinoză etc.) ; tulburare atipică de comportament, de dezvoltare stereotipă de motilitate, de ingestie a alimentelor (la copil) ; psihoză atipică ; disfuncție psihosexuală atipică ; tulburare afectivă atipică ; tulburare somatoformă atipică (dismorfofobia) ; tulburare disociativă atipică (derealizare fără depersonalizare, stări asemănătoare stărilor de transă etc.) ; personalitate atipică (în care nu se poate defini clar o formă precisă de dizarmonie) ; tulburare de adaptare cu factori atipici ; tulburare atipică de anxietate (anxietate circumscrișă situațional la un individ cu caracter nevrotic, însoțită însă de un disconfort minim). Din accepțiunea actuală a termenului a dispărut trimiterea subînțeleasă la tulburările din sfera schizofreniei. Diagnosticul de tulburare atipică este totdeauna un diagnostic prin excludere, datorită confuziilor la care se pretează, nerecomandîndu-se utilizarea lui.

1195. **ATITUDINE** (it. *attitudine* „poziție, postură”) ● Termenul are două accepțiuni fundamentale :

- manieră de a fi sau a se comporta față de o situație (sau un eveniment, o persoană, un grup), deci manifestare comportamentală ;
- postură sau poziție a corpului (sau segmentelor în spațiu) în raport cu morfologia, funcționalitatea, ideea de estetic sau necesitățile dictate de boală sau terapie.

1196. **ATITUDINE** — *comportament* ● În psihologie, atitudinea este o dimensiune cali-

tativă fundamentală a personalității, care se relevă în comportamentul manifestat de un individ față de alții, față de o situație sau de propria persoană. Se dobîndește în ontogeneză, sub influența socioculturală și educațională (CARDINER, MEAD, LINTON), conferind conduitei un caracter invariant. Sistemul ierarhic al atitudinilor circumscrie caracterul. În psihologia socială, atitudinile sînt considerate trăsături circumstanțiale ale personalității (nu caracteriale și invariante), desemnînd poziții facultative, de tipul „a lua atitudine față de...”, care pot fi modificate prin congruență și incongruență (KRECH și CREUTZ-FELDT), în funcție de șapte parametri (extremitatea, complexitatea, constanța, interrelația, consonanța, intensitatea motivațională și poziția valorică). Atitudinea este o structură sintetică sau o organizare durabilă și selectivă de componente afective, motivaționale, cognitive, volitive, axiologice, cu rol predictiv și anticipativ. Între motivație și atitudine există un permanent feed-back, atitudinea fiind întotdeauna inițiată motivațional și generînd permanent noi motivații. V. N. MEASISCEV consideră că atitudinea are o bază motivațional-afectivă alimentată intelectual și realizată voluntar. R. MUCCHIELLI distinge mai multe sensuri ale noțiunii de atitudine :

- postură : predispoziție la răspuns, după A. BINET ; caracteristică a reacției, după J. WATSON ;
- manieră de exprimare a unei opinii ;
- mod elaborat conștient în exercitarea unui rol : conștiincios, tolerant, sever, indiferent ;
- caracteristică constantă și involuntară a exercitării rolului, care poate fi de tip : critic, punitiv, democratic, înțelegător, cu efecte malefice sau benefice ;
- predispoziție generală de a adopta o anumită poziție, raționament personal („Einstellung”, după EHRENFELS și KÜLPE ; „ustanovka” după UZNADZE) ;
- expresie a structurării personalității, realizînd diferite variante de tonalități ale tipurilor de personalitate.

Menționăm cîteva dintre numeroasele opinii asupra semnificațiilor atitudinii : după DOOBS, atitudinea este un impuls („drive”) implicit, care produce răspunsuri semnificative ; după KLINBERG, este „predispoziția de a reacționa într-un anumit mod, independent de situație” ; după D. VRABIE, este o „relație

selectivă a individului cu lumea înconjurătoare”. M. ROCKEACH definește atitudinea ca „organizare durabilă a convingerilor despre un obiect sau despre o situație, predispunînd persoana să răspundă într-o manieră preferențială” ; conținutul axiologic al atitudinilor este subliniat de R. LINTON în ideea atitudinii — valoare (atitudinea este „un răspuns implicit, în mare măsură emoțional... determinat de o valoare...” care ulterior se automatizează și acționează la nivelul subconștient).

Proprietățile fundamentale ale oricărei atitudini sînt :

- direcția sau orientarea (pozitivă-negativă, pro-contra, atracție- respingere) ;
- funcționalitatea (funcția normativă, ce asigură realizarea și depășirea de sine, adecvanța prin acțiune corespunzătoare, autodepășirea) ;
- intensitatea sau pregnanța ;
- geneza socială.

Ele se dobîdesc prin educație și cultură, definindu-se aproximativ la sfîrșitul adolescenței, fiind ulterior greu modificabile. Sînt influențate de dispozițiile temperamentale sau de presiunile coercitive ale grupului social căruia îi aparține individul.

● **ATITUDINEA FAȚĂ DE BOALĂ ȘI MEDIC** — realizează o notă aparte, în accepțiunea de manifestare comportamentală intențională față de o situație sau persoană determinată. În mare, atitudinea față de boală poate căpăta diverse forme :

- de adaptare, cu sau fără dependența față de medic ;
- de refuz, cu sau fără sustragere de la tratament ;
- de reacție persecutivă sau de exigență agresivă ;
- de izolare și dimensionarism social (în raport cu familia, activitatea etc.).

După MORTON, comportamentul bolnavului ar putea îmbrăca trei atitudini :

- hipersensibilitatea generală, cu creșterea cenesteziei și îngustarea ariei preocupărilor și interesului față de lumea exterioară ;

- egocentrismul, cu replierea în sine, problematica personală devenind exclusivă ;
- tiranico-dependență, cu aspect de regresivitate infantilă.

Din aceeași perspectivă, J. DELAY și PICHOT disting tot trei tipuri de atitudine bazală :

- dependență și regresivitate ;
- evaziune și demisie ;
- exaltarea Eului.

Făță de membrii echipei terapeutice, practic, subiectul poate să adopte un evantai infinit de atitudini, ce se înscriu între cei doi poli : cooperanță-ostilitate, dinamică determinată de combinațiile posibile între factorii psihologici, nosografia psihiatrică, conduita terapeutică, beneficiile urmărite de subiect.

În ceea ce privește atitudinea subiectului față de boala psihică, ea poate îmbrăca o infinitate de nuanțe, de la etalarea convingătoare a ceea ce „nu este”, pînă la negarea dramei sale, de la abandonarea lumii în care se află, pînă la încercarea de schimbare totală a lumii și, în fine, chiar de la „a fi”, pînă la „a nu fi”.

1197. **ATITUDINE** — postură, poziție ● Poate fi un important indiciu de diagnostic somatic sau psihiatric. Ciinicianul se poate orienta rapid asupra anumitor afecțiuni, observînd unele deformări parțiale, segmentare sau globale ale poziției corpului.

Atitudinea depinde de gradul de conștiență, de prezența paraliziiilor, atrofiilor, contracțiilor, a pozițiilor antalgice, de medicația administrată sau de gradul de „cointerese” a subiectului. În patologie, în general, există numeroase afecțiuni care determină atitudini particulare. În „Bazele clinice pentru practica medicală”, PĂUNESCU-PODEANU realizează o excepțională sinteză a atitudinilor întilnite în patologice. Autorul, un distins clinician și dascăl, fără a fi de formațiune psihiatru, face frecvente incursiuni în psihiatrică, stăruind permanent asupra elementelor de diagnostic diferențial. Le vom prezenta și noi, ținînd seama de această schemă, cu modificările convenite (tabelul XXVII).

1198. **ATIVAN^(M)** Anglia, Canada, S.U.A., U.R.S.S. — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă, miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

1199. **ATHLETIC** — tip (cf. gr. *athletikos* „de atlet”) ● Este biotipul descris de psihiatrul german KRETSCHMER (tipologia după structura somatopsihică sau tipologia constituțională), avînd următoarele caracteristici : dezvoltare pregnantă a scheletului osos și a musculaturii, statură medie sau peste medie, cu umeri largi și puternici, torace masiv (bazinul și gambele pot părea înguste, comparativ cu dezvoltarea accentuată a părții superioare a corpului) ; gîtul degajat și solid, capul puternic ; structură osoasă grea, mai ales la membrele inferioare și superioare și la clavicule ; musculatura reliefată pregnant ; țesut adipos moderat ; ca variantă : indivizi cu greutate fizică mare, dizgrațioși. Aspectele psihologice ale tipurilor constituționale sînt, în special, aspecte de temperament. KRETSCHMER vorbește despre temperamentul ixitim sau „viscos” al atletului, caracterizat prin : puternică tendință de perseverare, reacții motrice lente și greoaie, imaginație scăzută, tenacitate, aderență, rigiditate, mobilitate mică ; trăsătura dominantă este viscozitatea. Athleticul corespunde tipului pe care SHELDON îl numește mezomorf. Prezentăm schema tipologiei kretschmeriene (după J. NUTTIN, „La structure de la personnalité”, 1971) :

Tabel nr. XXVI

Tip somatic	Temperament	Variante
PICNIC	CICLOTIM	● hipomaniacal ● sinton ● mohorit (grecii)
LEPTOSOM	SCHIZOTIM	● hiperestezic ● intermediar ● anestezic
ATHLETIC	IXOTIM (viscos)	● flegmatic ● exploziv

1200. **ATHLETO-LEPTOSOM** (cf. gr. *athletes* „atlet” ; *leptos* „fin, suplu, delicat” ; *soma* „corp”) ● Biotip ce asociază constituția atle-

Tabel nr. XXVII

Poziție, atitudine, particularități	Alte elemente neurologice	Alte elemente psihiatrice	Condiții cauzale
1	2	3	4
1. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE RIGIDITĂȚII EXTRAPIRAMIDALE DE TIP PARKINSON			
<p>1.1. Corp rigid (total sau parțial), trunchi flectat anterior, brațe întinse, antebrate flectate ușor pe brațe, membre inferioare rigide, ușor flectate gambă/coapsă, fără atrofie musculară. Rigiditatea este plastică, cu variații diurne, redusă de contracția voluntară, crescută la repetarea actelor, cu exagerarea flexelor de postură și semnul roții dințate</p>	<p>Tremurături ale mâinilor, lente în repaus, exagerate în emoții, dispar în somn și la mișcări voluntare; facies imobil, mimică absentă, fixată, frunte plisată de riduri sau lucioasă (sebum), tremurături fine ale buzelor, uneori bot de iepure, hipersalivație; mers lent, cu pași mici, corpul înclinat în față, mișcări automate, abolite la membrele superioare</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● astenie ● anxietate ● ușoară agitație ● insomnii ● dispropexii ● dismnezii 	<ul style="list-style-type: none"> ● Boala Parkinson ● Demențe senile, vasculare, mixte ● Alcoolism ● Paralizie generală progresivă ● Sindrom de impregnare neuroleptică (hiperton-hiperkinetic).
<p>1.2. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● secuse mioclonice ● crize oculogire ● redare ușoară a trunchiului ● rigiditate mai marcată 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tremurături inegale sau pot lipsi ● Tremurături fibrilare ale limbii ● Tulburări vasomotorii ● Trismus 	<ul style="list-style-type: none"> ● perversiuni instinctuale ● alterarea evidentă a comportamentul normal ● agitație psihomotorie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Parkinson postencefalitic ● Alcoolism ● Lues ● Intoxicații cu toxice industriale sau medicamentoase
<p>1.3. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● rigiditate mai marcată la rădăcina membrilor, învingerea ei realizându-se mai greu; ● trunchiul în hiperextensie; ● prezența cirozei, semn al insuficienței hepatice cronice 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflexe antagoniste, disfagie, disfonie, dizartrie ● Inel pericornean Kayser-Fleischer 	<ul style="list-style-type: none"> ● puerilism, euforie nemotivată ● emotivitate, ris spasmodic 	<p>Boala Wilson (degenerescență lenticulară progresivă bilaterală)</p>
<p>1.4. Tabloul clinic descris la 1.1 la care se adaugă :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● contracția intensă a mușchilor feței; ● contracția intensă a membrilor inferioare, cu echinism care se exacerbează la mers 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tremurături de tip Parkinson, cărora li se pot adăuga mișcări coreoatetozice ● Mișcări coreice (Huntington) ● Facies crispat ● Dizartrie 	<ul style="list-style-type: none"> ● modificări ale atenției, memoriei <p>± tulburări psihice de tip: anxietate, crize de disperare, agitație psihomotorie</p>	<p>Sindrom palidal și palidostriat</p>

<p>1.5. Corp rigid, contractat, cu torticolis, pronația antebrăului cu degetele flectate în spasme dureroase, rezultând poziții vicioase, bizare. Manifestările se exacerbează în mers și dispar în poziția culcat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Contractura corpului este întotdeauna în lordoză. Restul pozițiilor (cifoză, scolioză) sînt cu totul excepționale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate, emotivitate ● agitație psihomotorie ● modificări comportamentale 	<p>Spasmul de torsiune, dis-bazie lordotică (leziuni ale nucleului lenticular)</p>
--	--	---	--

2. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE RIGIDITĂȚII DE TIP PIRAMIDAL

<p>2.1. Rigiditate relativă, mai ales pentru cap și extremități, cu mișcări lente. Hipertonie mai marcată, uneori plastică (semn de participare și a sistemului extrapiramidal). Semnul Bablinski prezent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Facies inexpresiv, amimie, gură deschisă, deglutiție și fonație defectuoase, mișcările limbii dificile, dizartrie, uneori hipersalivație 	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate, hiperemotivitate ● ris și plins spasmodic (afectivitate modificată) ● deficit intelectual evident 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sindromul pseudobulbar, ateroscleroză cerebrală ● Demențe
<p>2.2. Rigiditate unilaterală, braț lipit de corp, antebrat flectat, membrul inferior în extensie, rigid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Fața asimetrică, deviată spre partea sănătoasă ● Mers hemiplegic („cosit“), dizartrie, afazie, cînd paralizia este pe dreapta 	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate ● modificări comportamentale 	<p>Accident vascular cerebral, mai rar postencefalitic sau tumoral</p>
<p>2.3. Rigiditatea interesează numai membrele inferioare în extensie — „picior de lemn“</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mers dificil, rigid, „ca prin apă“ 	<ul style="list-style-type: none"> ● idem 	<p>Paraplegie spastică, de etiologie luetică, tumorală, și morb Pott</p>

3. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE UNOR AFECȚIUNI NEUROLOGICE ȘI MUSCULARE RARE

<p>3.1. Rigiditate interesînd corpul în totalitate, mai accentuată decît cea de tip parkinsonian, avînd aspectul clinic al spasmului de torsiune, însă cu caracter bilateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hemiplegie ● Crize tetaniforme ● Mișcări coreoatetozice 	<ul style="list-style-type: none"> ● perturbarea tuturor funcțiilor psihice, cu comă de diferite grade 	<p>Rigiditate decerebrată, consecutivă suprimării conexiunilor cortico-mezencefalice post-hemoragii cerebrale (intraventriculare, tumori, encefalite)</p>
<p>3.2. Rigiditate globală, de o duritate marcată, de neînvîns, realizînd „rigiditatea de scîndură“; nu cedează la infiltrația cu novocaină, se ameliorează la doze mari de Diazepam</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nu sînt prezente semne neurologice ● Posibile contracturi, paroxistice, violente, în debut 	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări psihice minore 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sindromul omului rigid „Stiff man syndrome“ ● Etiologie necunoscută

Tabelul nr. XXVII (continuare)

1	2	3	4
3.3. Aspectul rigidității ca în boala Parkinson, la care se adaugă durerea, cu exacerbarea ei la mișcare. În mușchi, subcutan, se palpează concrețiuni calcaroase	<ul style="list-style-type: none"> ● Nu sînt prevăzute semne neurologice 	<ul style="list-style-type: none"> ● idem 	Mioscleroze

4. ATITUDINI/POZIȚII CONSECUTIVE UNOR AFECȚIUNI PSIHICE

4.1. Corp fixat, înțepenit (dar nu contractat) în diverse poziții, prin reducerea pînă la suprimare a mișcărilor	<ul style="list-style-type: none"> ● Fără semne neurologice 	<ul style="list-style-type: none"> ● suspendarea conștiinței pentru o perioadă scurtă (secunde) sau mai lungă (+ alte semne) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Epilepsie petit mal ● Schizofrenie (debut) ● Isterie
4.2. Corp și fațes imobile, fixe, pietrificate, cu încetarea activității voluntare; rămas singur într-o anumită poziție sau pus în această poziție, nu poate fi determinat să o abandoneze	<ul style="list-style-type: none"> ● Areactivitate totală, insensibilitate 	<ul style="list-style-type: none"> ● indiferență, mutism, dar conștiința este păstrată 	<p>Catalepsie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cu debut brusc și în legătură cu evenimentul: isterie ● cu debut lent : schizofrenie, demențe și posibil isterie
4.3. Subiect inert, imobil, fixat într-o poziție deseori incomodă, greu de păstrat în mod normal, aspect de statuie. Fără paralizie și rigiditate, dar hipertonic. Poziția poate dura timp îndelungat, fără pierderea echilibrului	<ul style="list-style-type: none"> ● Participare vasomotorie ● Salivație excesivă (posibil) 	<ul style="list-style-type: none"> ● pasivitate totală, negativism, mutism, amimie, autism, dar conștiința păstrată 	<p>Catatonie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● schizofrenie ● postencefalic ● isterie (posibil)
4.4. Poziții-atitudini de o mare varietate, pe fond de contractură sau nu, fixe sau variabile, putînd îmbrăca orice formă descrisă anterior sau de alt tip, cunoscut sau necunoscut. Însoțite deseori de simptome aparținînd unor suferințe ale altor sisteme și organe, fără nici o legătură cu sistemul nervos (respiratorii, digestive, cardiovasculare)	<ul style="list-style-type: none"> ● Imposibilitatea detectării oricărei legături cu suferința organică, proiecții nervoase neverosimile, pareze, paralizii fără acoperirea neurologică necesară, cu caracter artificial 	<p>orice tip de manifestare psihică, dar se poate pune în evidență :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● legătura cu trauma ● aspect teatral ● beneficiu secundar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Isterie ● Simulație



Michelangelo

tică cu cea leptozomică. Se vorbește și de „nevroza atletului”, descrisă de LITTLE, în 1969, la subiecții nevrotici recrutați din rindul celor care practicau atletismul. Fără a acredita ideea că acest sport constituie un teren fertil dezvoltării nevrozei, amintim doar vulnerabilitatea psihologică pe care o favorizează în condiții de tensiune emoțională, de privare afectivă, răniri și distrugerii a frumuseții corporale, imbolnăviri intercurrente.

1201. **ATOM SOCIAL** (cf. gr. *atomos* „invizibil”) ● Termen introdus de MORENO, pentru a delimita cea mai mică unitate viabilă a matricei sociometrice : atracția, respingerea, indiferența.

1202. **ATOMISM PSIHOLGIC** — sin. **ATOMISM MINTAL** ● Doctrină filozofică de care se leagă numele lui LEUCIP, DEMOCRIT, EPICUR, LUCREȚIU, și care pune la baza explicării diversității și transformărilor din natură, atomii, ca particule ultime, indivizibile, indestructibile și în continuă mișcare. Ulterior, apar teoria atomistă ca ipoteză științifică în chimie (DALTON, AVOGADRO etc.)

și confirmarea experimentală (în secolul al XX-lea) a teoriilor cuantice ale fenomenelor atomice, prin Louis de BROGLIE, HEISENBERG, BOHR, DIRAC etc. În secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, prin școala engleză (HARTLEY, BAIN etc.), se propagă o concepție psihologică cu caracter mecanicist, care pune la baza explicării vieții psihice fenomenul asociației. Astfel, orice proces psihic superior (sau stare de conștiință) este explicat prin asocierea sau însumarea unor fenomene psihice elementare (în speță, senzații), ireductibile unele la altele (atomism, asociationism). Combătut de reprezentanții „filozofiei vieții” (JAMES, BERGSON), atomismul psihologic va fi depășit în secolul al XX-lea de gestaltism, holism, psihologia conduitei, operaționalism și psihologia cibernetică.

1203. **ATON, ATONIE** (cf. gr. *atonos* „fără energie” ; *atonia* „slăbire, diminuire”) ● Diminuare a tensiunii normale, fiziologice, pe care o prezintă unele organe contractile, în stare de repaus. În neurologie, apare în cazul când leziunea se află la nivelul neuronului motor periferic (poliomielita acută) sau a rădăcinilor senzitive posterioare (tabesul), ca și în leziunile mixte, senzitivo-motorii, din plinevrite. În psihiatrie, termenul a fost extrapolat de CATTEL, pentru a desemna o stare afectivă specifică (engl. *surgence*), de scădere a tonusului afectiv bazal și preluat de MEWASSY și CHAUFFARD, în depresii și anxietate.

1204. **ATONALYT^(M)** Austria — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli carbamate isopropil-carbamate, cu acțiune anxio-litică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o toleranță bună.

1205. **ATONIC-ASTATIC^(S) sindrom** (cf. gr. *atonos* ; *a-* ; *statikos* „privitor la echilibru, care stă în echilibru”) — sin. **DIPLEGIE CEREBRO-CEREBELOASĂ CLARK** ; **FOERSTER^(S) sindrom** ^{sin.} → **DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ**.

1206. **ATOPHINE^(M)** Japonia — DCI *Ami-triptiline* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-clcloheptenă- Δ^5 - γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

1207. **ATOPICĂ** — **dermatită** (cf. gr. *a-* ; *topikos* „stabilit într-un loc, local”) ● Dermatită făcând parte din grupa eczemelor care au o puternică influență asupra vieții emoționale.

Pruritul care însoțește leziunile este în vădită discordanță cu slaba vizibilitate a acestora. Unii autori consideră că, inițial, pruritul este fără leziune dermică, aceasta constituindu-se ulterior gratajului. Afecțiunea a fost denumită și neurodermatită. Boala poate apărea la copii sau la adulți și se poate repeta la diferite intervale de timp. În atopia specifică, existența componentei alergice este posibilă, dar relația între factorii alergici și cei psihoemoționali este încă neclarificată.

1208. ATOPIE (cf. gr. *atopia* „faptul de a nu fi la locul său”) → ALERGIE.

1209. ATOSIL^(M) R.F.G. — DCI *Prometazina* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

1210. ATRABILĂ (cf. lat. *ater* „negru” și *bilis* „bilă, fiere”) → MELANCOLICOS.

1211. ATRACȚIE (fr. *attraction* și cf. lat. *attrahere* „a trage la sine”) ● Termen extrapolat din fizică ; poate fi înțeles, în sens larg, ca o înclinație a subiectului spre un obiect, situație, ființă etc., care îl captivează, îi captează atenția, îl distrează, îi face plăcere, satisfăcându-i anumite cerințe. După creatorul psihodramei, J. L. MORENO, care explică „preferințele interpersonale” pe baza triadei atracție-repulsie-indiferență, atracția ar fi de natură strict afectivă și individuală, rezultat al înclinației spontan-simpatetice și creatoare, a unui individ nedeterminat social, față de un alt individ. Dar atracția presupune și alte referințe de ordin psihologic și social. Exemplele din sfera normalității psihice sînt multiple: atracția pentru artă, știință, anumite indeletniciri (mai ales dacă este dublată și de aptitudini), atracția față de sexul opus. Atît timp cît această înclinație apare în contextul manifestărilor adaptativ-armonioase ale personalității, ea constituie un factor important de menținere a echilibrului psihic. Atunci cînd atracția depășește însă anumite limite sau este greșit direcționată, ea devine factor de dezechilibru psihic și dacă este rezultatul unui dezechilibru structural, i se atribuie denumirea de atracție morbidă. Exemplificări ar fi atracția față de drog, jocuri de noroc, alcool, care chiar dacă satisfac pe moment o cerință a subiectului, prelungindu-se în timp, conduc la

decăderea morală și/sau fizică a acestuia, îl situează în afara normelor sociale, uneori în sfera patologicului.

1212. ATRAXIN^(M) Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROMAMAT^(M).

1213. ATREPSIE A ALIENAȚILOR (cf. gr. *α-θρεψις* „hrănire”) ● Termen preluat din pediatrie (atrepsia sugarului) și folosit de BARCIC în descrierea stării grave de denutriție, la care ajungeau bolnavii psihici cronici în vechile instituții azilare, în absența tratamentului specific și a condițiilor adecvate de îngrijire. Astăzi această situație este destul de rară, datorită considerabilului aport terapeutic al psihotropelor, ea putîndu-se totuși întîlni în cazul unor demențe senile, psihoze cronice involutive, toxicomanii.

1214. ATRIBUT (fr. *attribut* și cf. lat. *attributum* „care a fost atribuit”) ● Proprietate sau însușire a unui lucru. Sînt esențialetributele care definesc specificul calitativ al unei realități, astfel încît aceasta nu poate subzista și nu poate fi concepută în absența lor. Atributele care se pot modifica, fără să altereze identitatea calitativă a obiectului, sînt neesențiale.

1215. ATRIBUIRE (cf. lat. *attribuere* „a atribui”) ● Acțiunea de a acorda, a investi, a pune pe socoteala cuiva, atribute, calități, defecte, motivat sau nemotivat. Atribuirea semnificațiilor diferitelor componente ale mediului ambiant, în concordanță cu sensurile pe care societatea sau grupul le conferă este o atitudine normală a subiectului. În cadrul relațiilor interpersonale, pot apărea distorsiuni, adevărate „iluzii”, constînd în investirea altei persoane cu atribute caracteriale sau motivațional-afective proprii → PROIECȚIE. Perturbarea mecanismului raționamentului logic duce la atribuire de semnificații eronate, uneori bizare. Această perturbare este, în unele cazuri, direcționată. Astfel, depresivul găsește semnificații negative, maniacalul — semnificații favorabile, oligofrenul

— semnificații eronate/aberante, paranoic — semnificații concordante cu tema delirantă. Mecanismul interpretativ din cadrul delirului de atribuire are drept trăsătură fundamentală perturbarea atribuirii de semnificații corecte unor elemente ambientale, prin distorsionarea logicii. El constă din convingerea absurdă a subiectului că este centrul gândirii și acțiunii celorlalți — aspect ce poate apărea în dezvoltările psihotice, bufee delirante.

1216. **ATROFIE** (cf. gr. *atrophia* „lipsă de hrană”) ● Termen anatomopatologic desemnând reducerea volumului celular, tisular sau al organului, în ansamblu ; cauzele pot fi de ordin trofic, metabolic general sau local, repercutându-se asupra funcționalității prin scăderea nivelului acesteia. Atrofia cerebrală reprezintă diminuarea generalizată sau localizată a țesutului parenchimos cerebral, cu o etiologie cunoscută, ca în cazul sindroamelor psihoorganice cronice (arterioscleroza cerebrală, post-traumatice, postinfecțioase sau toxice, inclusiv alcoolismul cronic), sau necunoscute încă, în demențele prezenile (boala Pick și Alzheimer), ori în demența senilă. Localizarea și stadiul evolutiv constituie, alături de etiologie, factori decisivi pentru preponderența semnelor neurologice și psihice în ansamblul tabloului clinic, în care, de regulă, ultimele cunosc o agravare mai rapidă și mai evidentă. Pentru patologia presenilității și senilității, atrofia a constituit un criteriu important în delimitarea așa-numitelor stări deficitare ale acestor vârste. Citeva aspecte anatomopatologice caracteristice sînt :

- *atrofia Pick* (mai rară) :
 - degenerescență laminară a straturilor superioare ale cortexului (considerate, de Van BOGAERT și SPATZ, de origine eredo-degenerativă) ;
 - predominanța fronto-temporală a leziunilor ;
- *atrofia Alzheimer* (mai frecventă) :
 - leziuni celulare sub formă de „plăci senile” (REDLICH-FISCHER), degenerări neurofibrilare (ALZHEIMER), degenerescență granulo-vacuolară (ALZHEIMER-SIMCHOWITZ) și reacții astrocitare (glioză) ;
 - localizări corticale, dar și la nivelul nucleilor bazali, talamusului și cerebelului ;
 - constituie, se pare, o senescență accelerată și invazivă a creierului ;
- *atrofia din demența senilă* :
 - leziuni celulare asemănătoare/identice cu cele din atrofia Alzheimer,

- formind un tip de scleroză miliară, cu depozite argentafile reticulare ;
- distribuție redusă și neomogenă, comparativ cu atrofia Alzheimer ;
- repartizare anormală a procesului de senescență cerebrală ;
- *atrofia din psihozele cronice* : schizofrenii, psihoze depresive etc. (insuficient elucidate ca mecanism de producere) ;
- *atrofii asimptomatice* : absența unor semne psihiatrice evidente.

Diagnosticul clinic al unei presupuse atrofii cerebrale necesită, pentru confirmare, investigații neuroradiologice specifice (pneumoencefalografie, arteriografie, tomografie computerizată).

1217. **ATROFIE GENERALĂ PROGRESIVĂ** sin. → CAȘEXIE.

1218. **ATROFIE GRANULARĂ CEREBELOASĂ** ● Demență foarte rară a vîrstei adulte, generată de afectarea vaselor cerebrale (cu precădere a arteriolelor), descrisă de H. SPATZ (1925). Tabloul clinic alătură semnelor psihice (apatie, demență progresivă) pe cele neurologice (paralizii și hemiparize). Denumirea acestei atrofii a fost sugerată de aspectul granular al suprafeței externe a scoarței cerebeloase.

1219. **ATROFIE OPTICĂ** ● Atrofie a nervului optic, consecutivă unei distrucții — de cauze diferite — masive și complete a filetelor acestui nerv. Cunoașterea ei de către psihiatru este importantă, în special, în ceea ce privește psihiatria organică.

Elemente etiologice. Poate apărea ca urmare a unor cauze foarte diverse, atât de ordin local, cit și general. Cauzele atrofiei optice au fost excelent sistematizate de DUKE-ELDER în șapte grupări :

- secundară bolilor retinei și distrugerii celulelor ganglionare, postinflamator sau degenerativ ;
- de origine circulatorie : ocluzia arterei centrale a retinei, posthemoragică, arteriosclerotică (prin degenerare ischemică) ;
- prin compresiune sau tracțiune : glaucomatoasă ; post edem papilar (comprimarea prin edem a discului optic) ; prin scleroză sau calcifiere arterială ; anevrism al arterei carotide interne ; comprimarea osoasă în foramenul optic ; tumori, fie ale tecilor nervului optic, fie ale hipofizei și lobului frontal ; aderențe inflamatorii (arahnoidita bazală) ; tumefierea nervului optic, care determină o

strangulare în foramenul optic (neurofibromatoză) ?

- postinflamatorie : inflamație locală după nevrta optică, după un proces inflamator endoocular sau după perinevrită consecutivă unei inflamații orbitare, sinusale sau meningiene ; infecție metastatică (septicemie, tuberculoză sau sifilis) ; boală nervoasă centrală, ca scleroza diseminată, neuromielita optică, encefalomielita diseminată, herpes zoster encefalita letargică, tabes, paralizia generală ;
- toxică : toxice endogene (diabet, uremie, tumori maligne, hipertiroidism) ; toxice exogene (tutun, alcool arsenic, plumb etc.) ;
- traumatice : acțiune mecanică, ducind la smulgerea nervului optic, rezultat al unei fracturi în regiunea canalului optic, electrocutare ;
- de origine necunoscută : boala Leber.

Elemente pentru diagnostic pozitiv. Se descriu, etiologic și clinic, două forme : atrofia optică primară și secundară, ale căror elemente de diagnostic vor fi prezentate separat :

- atrofia optică primară :
 - fundul de ochi, papila albă (bine conturată) ; vasele cu aspect normal, ușor îngustate ;
 - polul anterior : modificări stătice și dinamice ale pupilei ;
 - funcția optică : alterată, de la scotom la cecitate ;
- atrofia optică secundară :
 - fundul de ochi : papila albă (slab conturată) ; de-a lungul vaselor se evidențiază dungii late de perivasculiță ;
 - polul anterior : pupile miotice, pareze oculomotorii ;
 - funcția optică : alterată, de la scotom la cecitate.

Elementele pentru diagnostic diferențial constau în următoarele : Diagnosticul diferențial între atrofia optică primară și cea secundară se face, în special, prin examenul obiectiv al fundului de ochi, întrucât modificările patologice ale polului anterior și ale funcției optice sînt foarte apropiate. În atrofia optică secundară, papila (albă ca și în cea primară) este slab conturată, alterările vaselor sînt mai evidente și apar mai frecvent bilateral.

● Diagnosticul diferențial al unor atrofii optice specifice :

- atrofia optică din scleroza în plăci : absența strabismului ? posibil nistagmus, dar niciodată rigiditate pupilară ;
- atrofia optică din ateroscleroză : tensiunea oculară crescută (singura atrofie cu tensiune oculară) ?

- atrofia optică tabetică : mioza constantă, reflexul Argyll-Robertson inversat, lichidul cefalorahidian ;
- atrofii optice toxice (arsenic, chinină) : debutul brutal, cu cecitate tranzitorie și prezența toxicului.

1220. ATROFIE OPTICĂ EREDITARĂ ^{sin.} → LEBER^(B) boală.

1221. ATROFIE OPTICĂ INFANTILĂ COMPLICATĂ ● Boală heredofamilială, în care manifestările, atît neurologice cît și psihice, sînt asemănătoare maladiei Leber, dar mai reduse ca intensitate. Debut precoce, interesează ambele sexe.

1222. ATROFIE PALIDALĂ PROGRESIVĂ — sin. ATROFIE PALIDOSUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ ^{sin.} → BOGART^(B) boală.

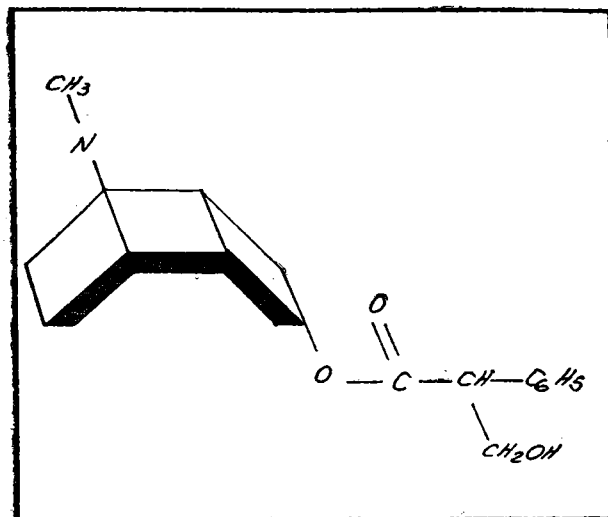
1223. ATROL^(M) Anglia — DCI *Deanol tartrate* ● Psihostimulent, derivat dimetil-aminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă — prin creșterea concentrației de acetilcolină — și valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ? are acțiune proconvulsivantă.

1224. ATROPINĂ (fr. *atropine* ; cf. lat. *atropa belladonna* „mătrăgună”) ● Principalul alcaloid extras din diverse plante solanacee : *atropa belladonna*, *datura stramonium*, *hioscyamus niger*. Are numeroase acțiuni asupra organismului, care se manifestă distinct la nivelul sistemului nervos central și periferic :

● asupra sistemului nervos central : printr-un mecanism central necunoscut, determină stimularea bulbului și centrilor cerebrali superiori. În doze mici, este excitant ușor al sistemului nervos central și produce o ușoară stimulare a respirației, iar administrarea prelungită are efect sedativ. În doze mari, determină excitație centrală, cu neliniște, iritabilitate, halucinații, delir, paralizie respiratorie, comă. Pentru efectele sale centrale, atropina este utilizată ca stimulent respirator. Are o valoare relativă în înlăturarea crizelor de ris și plîns spasmodic, la bolnavii cu leziuni cerebrale. Acțiunea anticolinergică centrală justifică utilizarea ei în tratamentul traumatismelor craniene închise. Are efect favorabil asupra tremurăturii și rigidității din parkinsonism, simptomatologia parkinsoniană fiind probabil datorată unui exces de activitate colinergică și

deficitului dopaminergic în sistemul nigrostriatal. În acest sens, efecte terapeutice favorabile are asocierea atropinei cu levo-dopa ;

● acțiune inhibitoare parasimpatică, prin blocajul receptorilor muscarinici, împiedicând



astfel fixarea acetilcolinei și a altor substanțe parasimpaticomimetice. Se exercită astfel o acțiune de blocaj asupra efectelor muscarinice ale acetilcolinei, la nivelul celulelor efectoare (musculatura netedă, miocard, structuri secretorii) ;

● principalele acțiuni periferice și indicațiile corespunzătoare sînt :

- antispastică : determină folosirea în spasme intestinale, ale căilor biliare, ureterelor, în contracțiile uterine ;
- antisecretorie : își găsește aplicarea în combaterea hipersecreției și hiperacidității gastrice, în ulcerul duodenal. În preanestezie, combate hipersecreția salivară și bronșică ;
- la nivel ocular, produce dilatația pupilei (midriază) și paralizia acomodării (cicloplegie) ; este utilizată pentru examenul fundului de ochi și în tratamentul unor inflamații ale corneei și irisului ;
- stimulent al miocardului, producînd tahicardie ; este utilizată în tratamentul blocului atrio-ventricular și în tratamentul sincopei datorate hiperreflectivității sinusului carotidian ;
- antiemetic : justifică utilizarea în „răul de mișcare” și ca antidot al intoxicațiilor

cu substanțe parasimpaticomimetice (insecticide).

Numeroase substanțe antihistaminice, anti-psihotice, antidepressive au efecte marcate anticolinergice, care stau la baza reacțiilor adverse produse de aceste droguri. Contraindicațiile deduse din efectele substanței sînt reprezentate de : glaucom, astm bronșic, hipertrofia de prostată, boala Basedow. Intoxicația cu atropină (mai frecventă la copii) se manifestă prin simptome datorate efectului parasimpaticolitic periferic și efectelor centrale : tahicardie, midriază, uscarea gurii, febră, roșeața pielii. Tulburările psihice pot sugera o psihoză acută de multe ori necesitînd diferențierea de un episod acut schizofreniform sau de delirul alcoolic. Bolnavul prezintă tulburări mnemonice, tulburări de orientare, frecvent halucinații vizuale, stare maniacală, delir. Moartea se produce în comă, prin paralizia respirației. Intoxicația cronică se manifestă prin tulburări neurologice diverse și erupții cutanate.

1225. **ATRYPTAL^(M)** Japonia — DCI *Ami-triptilină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo [a,b] -cicloheptană- Δ^5 - γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINA^(M)**.

1226. **ATSETOZIN^(M)** U.R.S.S. — DCI *Acepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ^{sin.} → **ACETAZIN^(M)**.

1227. **ATTENTIL^(M)** Italia — DCI *Fipexide* ● Psihostimulent de tip 1-/(p-clorfenoxi)acetil/-4-piperonilpiperazină, indicat mai ales în combaterea unor efecte secundare ale NL, în tratamentul de lungă durată, servaje de etiologie diferită, preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală.

1228. **AUDES^(M)** Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură particulară, de tip colină-citidină 5'-ester-pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

1229. **AUDIENȚĂ** (fr. *audience* ; cf. lat. *audientia* „ascultare”) ● Termen actualizat prin

vocabularul mass-media, desemnând gradul de penetranță a unei informații în conștiința opiniei publice, a unui grup social oarecare. Se distinge o audiență calitativă (gradul de atenție și interes suscitată de informație) și una cantitativă (dimensiunea numerică a persoanelor interesate).

1230. **AUDILEX^(M)** Grecia — DCI *Dipotassium Chlorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

1231. **AUDIMUTITATE** (*audio-* „referitor la auz”: cf. lat. *audire* „a auzi”; fr. *mutité*: cf. lat. *mutus* „mut”) — sin. **AFAZIE CONGENITALĂ DE EVOLUȚIE**; **ALALIE IDIOPATICĂ** ● Mutism congenital la copii, fără tulburări de auz, fără defecte psihice sau anomalii ale organelor fonatorii, cu evoluție favorabilă spre vindecare în cursul dezvoltării. Vorbirea spontană este, la început, imposibilă, fiind redusă la monosilabe. Înțelegerea limbajului este însă posibilă. Lectura este realizabilă (după reeducare rămâne o dislexie), ca și scrierea. Neurologic, se asociază frecvent cu paratonii, sincinezii, rar și excepțional — semne piramidale sau cerebeloase și adesea apare o apraxie ideomotorie. Inteligența, în general normală, are însă deficite. Afectivitatea este grevată de sentimentul de inferioritate, datorat handicapului fizic. Prin reeducare, vindecarea este posibilă în majoritatea cazurilor.

1232. **AUDIO-GIRALĂ⁽¹⁾** *iluzie* (*audio-* și *it. girare*: cf. gr. *gyros* „cerc”) ● Iluzie cu caracter fiziologic, descrisă de B. CLARK și A. GRYBIEL (1949), constând în impresia de deviere aparentă atunci când se încearcă localizarea unei surse sonore, datorită unor fenomene de accelerație sau decelerație pe orizontală, la care este supus subiectul.

1233. **AUDIO-GRAVICĂ⁽¹⁾** *iluzie* ● Tip de iluzie cu caracter fiziologic, descris de A. GRYBIEL, 1951, constând în impresia de deviere aparentă a direcției unei surse sonore, care apare la un subiect supus unei forțe centrifuge.

1234. **AUDIOVIZUALE — tehnici** (fr. *audio-visuel*) ● Tehnici care îmbină stimularea auditivă și vizuală, larg utilizate în învățămînt și în organizarea diferitelor spectacole, activități culturale etc., fiind preluate și de psihoterapie.

Utilizarea psihoterapeutică cea mai frecventă este în terapiile comportamentale care folosesc metode audiovizuale într-o manieră „voaieristă” (sexterapie). Folosirea în acest sens a unor benzi video trebuie făcută gradat, cu avertizarea subiectului asupra conținutului prezentării, ca și asupra scopului urmărit. După vizionare, trebuie întotdeauna realizată o discuție, care să permită lămurirea nivelului de receptare, ca și admiterea sau respingerea unor conduite. Materialul filmat se poate referi la preliminarile actului sexual sau la diverse faze ale acestuia (unii terapeuți au exagerat, în mod inutil, prin prezentarea unor benzi video care au înregistrat contacte sexuale ale subiectului și pe care le-au analizat ulterior, împreună cu acesta). Școala de la San Francisco folosește metode audiovizuale pentru formarea de sexoterapeuți, prezentînd filme sexuale privitoare la o serie întreagă de comportamente, printre care și cele aberante, pentru a elibera, potrivit opiniei lui COTREAU, pe viitorii terapeuți de tabuurile cele mai frecvente.

1235. **AUDITIVE^(B)** *halucinații* (fr. *auditif*) ● Halucinații psihosenzoriale avînd drept cale de percepție auzul, iar ca determinare spațială, spațiul obiectiv. Sînt cele mai frecvente tipuri de halucinații (CAVENAR, BRODIE, BERNARD). După conținutul lor au fost clasificate în halucinații auditive comune (sau elementare), halucinații muzicale și halucinații acustico-verbale.

Cele comune au aspectul unor zgomote indistincte sau indefinite ori al unor zgomote monotone sau mecanice. Se descriu cazuri în care se întîlnesc zgomote de fond. Diferite manevre (acoperirea urechilor) sau circumstanțele fiziologice (perioada hipnagogică) le pot modifica intensitatea — RÉGIS, MOREL, MAZARS, citat de H. EY, le-a măsurat intensitatea, afirmînd că aceasta se plasează între 20—40 decibeli. Se pot desfășura intermitent sau continuu și pot antrena atitudini de apărare din partea subiectului, ca și un disconfort continuu, pentru care sînt reclamate o serie de remedii — inclusiv chirurgicale.

Halucinațiile muzicale diferă de cele simple prin gradul de sistematizare și prin conținut, care este asemănător fie sunetului unui instrument, fie celui al unui grup de instrumente muzicale: arii sau fragmente muzicale. Ca și halucinațiile auditive simple, cele muzicale pot fi uni- sau bilaterale.

Halucinațiile acustico-verbale se referă la „vocile” pe care subiectul le percepe în spațiul obiectiv și au un timbru și o claritate evidentă (H. EY). Prezența halucinațiilor acustico-ver-

bale atrage adesea un comportament care, în mod clasic, cuprinde atitudini de ascultare, folosirea de mijloace de protecție, ca și participarea la dialogul cu vocile. Reticența pe care subiectul o are în privința împărtășirii halucinațiilor sale constituie un alt aspect asupra căruia insistau vechii alieniști, prezentind și o serie de metode pentru „străpungerea” acesteia (BERNARD).

După WYRSCH, se poate face o distincție între halucinațiile din delirul alcoolic (halucinoza Wernicke), care „vorbesc” despre subiect la persoana a treia, și cele din schizofrenie, care sînt întotdeauna la persoana a doua.

Cu o subtilitate patologică deosebită, H. EY a propus separarea halucinațiilor auditive complexe în halucinații auditivo-verbale (psihosenzoriale) și acustico-verbale (pseudohalucinații), subliniind prin aceasta lipsa caracterului senzorial al ultimelor. În clinică, este obișnuită întrepătrunderea celor două tipuri de fenomene. Circumstanțele patologice în care se pot evidenția halucinațiile auditive cuprind o sferă extrem de largă de posibilități, mergînd de la determinări lezionale organice, pînă la psihozele endogene, cu o notă aparte pentru delirurile cronice.

1236. AUDITIVE⁽¹⁾ iluzii care interesează analizatorul auditiv, avînd caracter normal fiziologic sau patologic (după cum intervine sau nu, acțiunea corectivă și critică a subiectului), constînd în reflectarea denaturată sau deformată a zgomotelor, sunetelor verbale sau muzicale din ambianță. Se datorează modificării condițiilor percepției obiective (stimulare auditivă: sub- sau supraliminară, monotonă, prelungită etc.) și/sau interne, subiective (neatenție, stări afective paroxistice, stări hipnagogice și hipnagogice, oboseală, febrilitate etc.).

1237. AUDIȚIE COLORATĂ — fenomen (fr. *audition*: cf. lat. *auditus*) ● Întîlnit în intoxicația cu mescalină, fenomenul constă în realizarea unei serii de viziuni colorate în timpul ascultării unei melodii. Sînt considerate de C. PARHON-ȘTEFĂNESCU (1963) — „drept halucinații ce apar prin excitarea unui alt analizator decît acela în care apare halucinația”.

1238. AUDIUM^(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1239. AULOFOBIE^(F) (cf. gr. *aulos* „flaut” ; *phobos* „frică”) ● Frică nemotivată, obsedantă, de sunete emise de instrumente de suflat (inclusiv flautul). Poate fi întîlnită în nevroze și reacții — în genere, este o formă foarte rară de fobie.

1240. AURĂ (cf. lat. *aura* „suflu”) ● Una dintre principalele manifestări precritice ale epilepsiei. Alături de prodrom, criza epileptică focală și care dă o informație destul de precisă asupra sediului focarului epileptogen (de obicei, temporal). Simptomatologia apare brusc — este recunoscută imediat de subiect — și în majoritatea cazurilor, este resimțită ca o imixtiune neplăcută în planul conștiinței, cu o durată de citeva secunde pînă la un minut, deși perioada i se pare subiectului mult mai lungă. Aura este identică pentru același subiect (motorie, senzitivă, senzorială, viscerală, vasomotorie, psihică sau complexă). Aura se manifestă, pe traseul EEG, prin descărcări neuronale reduse și limitate, elemente ce o deosebesc net de cealaltă manifestare precritică, prodromul. Aura precedă în mod curent manifestările generalizate. Sînt descrise aure, fără aceeași valoare semiologică, și în avanscena marilor crize isterice sau migrenoase.

1241. AURĂ UMANĂ ● Fenomen cu cauză neelucidată deplin, constînd în emanații bioelectrice dispuse în jurul corpului uman (evidențiate prin fotografiere). A fost pus în evidență de S. KIRLIAN (este numit și aură vitală), care consideră că dimensiunile aurei ar fi direct proporționale cu capacitatea vitală.

1242. AURORAFOBIE^(F) (cf. lat. *aurora* „zorii zilei” ; gr. *phobos* „frică”) ● Frică de zori, de lumina zorilor și nu de venirea zorilor. Fenomenul a fost descris și inițial (1891) ca o raritate. Termenul se utilizează rar, prezentînd numai interes istoric.

1243. AUSLÖSUNGMECHANISMUS (germ. „mecanism de declanșare”) ● Termen introdus de TIMBERGEN și LORENZ pentru desemnarea mecanismelor fiziologice innăscute, care stau la bazar esponsivității selective la stimulii din mediu. Ei au legat responsivitatea de modul în care este transformată senzația în percepție, cu particularitățile secvențiale de-a lungul transducției stimulului, de la periferie către centru.

Relevanța responsivității pentru comportamentul uman este ilustrată de responsivitatea nou-născutului cînd este prima dată confruntat cu o figură umană căreia îi zîmbește. Comportamentul de zîmbet este universal, în condițiile

unei prezentări care să permită copilului să perceapă ambii ochi și mișcarea figurii. Acesta este doar unul dintre comportamentele innăscute ale speciei.

1244. AUTACOID ● Termen propus de SCHAFER pentru acele substanțe care posedă proprietăți specifice pentru provocarea unei excitații nervoase. După acest autor, asemenea substanțe (neuromediatorii actuali) acționează asupra sistemului nervos vegetativ și au o acțiune analogă unor medicamente. Termenul nu s-a impus.

1245. AUTEMIZIE (cf. gr. *autos* „însuși” ; *emetikos* „care/și/ produce vomă”) ● Vărsături spontane, „sine materia”, în etiologia cărora pot fi puși în evidență factori psihogeni declanșatori ai conversiei.

1246. AUTENTIC (cf. gr. *authentikos* „care are putere absolută”) ● Original, exact, veridic ; act al cărui autor este de necontestat. Termenul se folosește în psihiatrie — în opoziție cu ARTIFICIAL — pentru a desemna veridicitatea trăirilor, sentimentelor, ideilor.

1247. AUTENTICITATE (cf. gr. *authentikos*) ● Caracterul nefalsificat, natura leșea nedeformată a unor acte, idei, situații. Termenul a dobândit greutatea unei categorii centrale în filozofia existențialistă (M. HEIDEGGER, K. JASPERS, S. KIERKEGAARD), desemnând o stare privilegiată a conștiinței, dobândită în situații limită — spaima de moarte, disperarea, culpabilitatea, angoasa — în care omul are revelația relativității și perisabilității sale, însoțită de accesul la o ipostază negativă a libertății, ca asumare a fatum-ului existențial, și de sfidare a necesității, prin refuzul subiectului de a mai nutri orice fel de iluzii și false speranțe. Teoreticianul prin excelență al autenticității, HEIDEGGER, consideră că banalitatea vieții cotidiene este o sursă de instrăinare, sub a cărei influență condiția umană devine inautentică, prin înregimentarea și pierderea identității în masa amorfă, care impune un comportament mașinal, standardizat și stereotip. Căutând esența umană exclusiv în atributele singularității individuale, existențialiștii definesc autenticitatea numai ca experiența trăită de subiect într-un contact solitar cu neantul, ignorând aspectele pozitive ale acțiunii sociale, prin care omul se afirmă ca subiectivitate creatoare.

Autenticitatea este descrisă de MINKOWSKI ca o calitate esențială a exprimării umane, stabilind un raport între emițător și receptor prin puterea de a da semnificație semnifican-

tului. Spre deosebire de adevăr, care necesită o sesizare prin analiză (adevărul este întotdeauna conform cu un sistem de reguli și valori), autenticul se percepe direct, este „simțit” ca o unitate între exprimare și ceea ce se exprimă (el trebuie să fie conform cu el însuși). Adevărul și autenticul, deși sînt noțiuni apropiate, care se întrepătrund în unele zone, nu sînt nici superpozabile, nu se pot schimba între ele și nu definesc același sector al existenței. Autenticitatea se referă la felul în care ființa umană se dezvăluie și își exprimă trăirile în fața lumii, la legătura intimă dintre fond și formă, creată prin medierea afectivității. Trăirile bolnavului psihic par, în variate circumstanțe, lipsite de autenticitate, senzația fiind dată de modificarea raportului de încărcătură afectivă care ajunge, pe calea expresiei, pînă la observator.

1248. AUTISM (fr. *autisme*) ● Descriș de către E. BLEULER, în 1911, ca „predominență” a vieții interioare și detașare activă de lumea exterioară”, și considerat drept simptom secundar al schizofreniei, autismul va ocupa, odată cu lucrările lui E. MINKOWSKI, H. EY, O. BINSWANGER, un loc tot mai important, ca tulburare fundamentală a acestei boli. De la început, E. BLEULER a precizat că, pentru subiect, lumea autistă este la fel de reală ca realitatea (ba chiar și „mai reală”), dar că autismul este consecința directă a dislocării produse de boală ; oricît de bizare ar fi trăirile subiectului, ele nu intră în conflict direct cu realitatea, datorită lipsei de continuitate logică a autismului. Unii autori au încercat o apropiere a autismului de introversia descrisă de JUNG ca tendință spre autism, acesta fiind considerat posibil în momentele critice ale psihogenezei. Această accepțiune, ca și aceea în care îl folosește MASLOW, care consideră autismul doar un fenomen compensatoriu, ce se desfășoară în diverse grade între normal și patologic, sînt doar preluări formale, care nu țin seama de esența fenomenului și de profunzimea tulburării. Întreaga viață psihică a subiectului este polarizată asupra acestei lumi interioare, populate de propriile lui dorințe, angoase, producții ale imaginației sau delirului. Pentru subiectul autist, lumea reală nu este decît o „aparență”, relațiile între această lume și cea proprie fiind de cele mai multe ori imposibile, determinînd impene-trabilitatea și incomprehensibilitatea binecunoscută. Atunci cînd, contactul între „cele două lumi” este posibil, suferința subiectului apare, pe de o parte, din imposibilitatea sa de a-și exterioriza în mod adecvat trăirile „lumii” proprii, iar pe de altă parte, din cauza

intervențiilor lumii reale, pe care el le resimte dureros, făcându-l să se retragă în „turnul de fildeș”.

Autismul este, în linii mari, reversul pozitiv a ceea ce P. JANET considera ca fiind pierderea simțului realului (ca aspect negativ). H. EY va prelua această idee, descriind autismul ca „nucleu pozitiv” al psihozei schizofrenice. E. MINKOWSKI arată că, totuși, concepția bleuleriană asupra autismului rămâne legată de asociaționismul epocii în care a luat naștere, fenomenul fiind văzut ca o scădere particulară a asociațiilor, ca o slăbire a integrării lor. El arată că, în prim plan, trebuie pusă globalitatea tulburărilor, care „vizează persoana ca ansamblu, depășind funcțiile izolate și regăsindu-se în toate manifestările acestora, fie că este vorba de ideeație, reacții afective, acte de voință sau de comportament”. MINKOWSKI descrie un autism „sărac” și unul „bogat”, dublat de o activitate imaginativă, subliniind că „bogăția” este la fel de săracă, în ultimă instanță. El vede autismul sărac ca o ușă închisă, „în spatele căreia nu se află nimic”. De altfel, în același sens, WYRSCH arată că „persoana schizofrenică” se constituie pe măsură ce își organizează lumea interioară, care este autismul, subliniind totodată imposibilitatea de a înțelege altfel decât în unitate și globalitate această suprastructură patogenică. H. EY consideră caracterul închis și impenetrabil al autismului drept lume magică, arhaică și himerică, cu arhitectonică conceptuală bizară și barocă, multiplicând dificultățile de pătrundere a labirintului în care schizofrenul se afundă, depărțându-se tot mai mult de real. Pierderea contactului cu realitatea, cu ceilalți indivizi și cu lumea de „realități” care le aparține, metamorfozarea legăturilor sociale, formalizarea lor pînă la transformarea în legături „mecanice”, prin care circulă, nu informații și sentimente, ci „forțe fizice”, duce la eșuarea absolută a sentimentului relațiilor interumane, făcînd din autist „un prăbușit” în propria ființă și în neantul său.

1249. AUTISM INFANTIL KANNER — sin. AUTISM INFANTIL PRECOCE ; AUTISM PRIMAR ; PSIHOPATIE AUTISTICĂ ASPERGER → KANNER⁽⁸⁾ sindrom.

1250. AUTISM CONVULSIV ● Sindrom descris recent (1980) de J. S. BOYER și A. DESCHATRETTE, care combină semnele autismului infantil cu cele ale sindromului Lennox-Gastaut. Reușita tratamentului crizelor epileptice atrage după sine dispariția autismu-

lui, cu compensarea progresivă a fenomenelor de întârziere psihică.

1251. AUTISTIC⁽⁹⁾ delir ● Delir constituind însuși „nucleul existenței schizofrenice” (H. EY), centrul vital al „lumii proprii” (WYRSCH) a subiectului. Delirul autistic are următoarele caracteristici principale :

- se exprimă exclusiv într-un limbaj abstract și simbolic ;
- este inaccesibil reconstituirii evenimentelor sau cauzelor exterioare ;
- se construiește conform unui model magic de gândire și cunoaștere ;
- amalgamează idei și credințe care constituie o concepție ermetică a lumii.

Evoluția acestui delir este către o sărăcire: continuă a formulelor verbale, atît în plan cantitativ, cit și în planul propriu-zis al posibilității de comunicare a acestora. În ciuda complicațiilor sale labirintice, EY afirmă că, în fragmentele sale separate, acest delir este cristalizat și stereotip.

1252. AUTO- (cf. gr. *autos* „însuși”) ● Element de compunere cu sensul prin sine însuși, de la sine, spontan, cu mijloace proprii.

1253. AUTOACUZARE (cf. *auto-* ; lat. *accusare* „a învinui, a acuza”) ● Exteriorizarea sentimentului de culpabilitate, cu inculparea subiectului însuși prin formularea unor acuzații adesea foarte grave, în special din sfera morală. Este un fenomen psihopatologic complex, atît sub raport psihodinamic, cit și sub acela al consecințelor pe care le poate implica, în primul rînd pentru subiect.

Poate exista și o autoacuzare „normală”, legată fie de un bilanț critic al unei perioade sau activități, fie de încercarea de a prelua vinovăția altei persoane, în scopul salvării acesteia (desigur și această ultimă situație are motivații deosebite, în unele cazuri limită, cînd poate lua aspectul unui sacrificiu eroic sau al unui altruism apostolic).

Clinica psihiatrică se confruntă cu un alt tip de situație, care ține de însăși esența bolii psihice și de raportul individului cu lumea. Dacă pentru persecutat lumea este percepută ca ostilă, pentru cel care acuză devine rapid insuportabilă, din motive care îi sînt intrinseci subiectului. ARNAUD îi descrie pe cei care se autoacuză, ca „umili”, rușinoși, micșorați în propriii lor ochi, exagerîndu-și infirmitatea sau viciile și, prin aceasta, fiind dispuși să admită și chiar să ierte, într-o oarecare măsură, disprețul celorlalți. El identifică în această categorie (conform clasificării lui G. BALINT) melancolicii persecutați, persecu-

țații autoacuzatori și hipocondriacii autoacuzatori. Ideile de autoacuzare din depresia psihotică se referă la viața nedemă, plină de greșeli și abateri dusă de subiect, la interpretarea într-o lumină defavorabilă subiectului a tuturor faptelor trăite anterior. Nu rareori, autoacuzarea este urmată de autodenunțare (RÉGIS) sau de „eliberarea” de sub povara apăsătoare a „faptelor criminale”, prin auto-liză. Deși este urmată net de autodenunțuri, autoacuzarea isterică are cu totul altă bază psihodinamică, respectiv dorința subiectului de a se pune în valoare cu orice preț. Implicarea subiectului în evenimente și culpabilizarea nu au alt scop decât de a face credibilă anecdotică faptelor care nu s-au petrecut și în care se pot recunoaște proiecțiile subiectului. DUPRÉ și MANET vorbesc despre un veritabil delir de autoheteroacuzare, subliniind faptul că, cel mai adesea, istericul implică și un alt subiect, pe care îl acuză și denunță.

Idei de autoacuzare, de culpabilizare delirantă ca și autodenunțări există și în schizofrenie, unde au însă, adesea, un caracter monoton, iar faptele pe care subiectul le relatează sînt deosebit de absurde, fără logică internă. Un pericol deosebit îl reprezintă însă instituirea unor măsuri autopunitive (sinucidere, automutilare), în raport cu „vi-novăția” subiectului.

În delirul alcoolic, în conglomeratul de idei delirante de persecuție, gelozie, autoacuzarea poate fi urmată de autodenunțare. LASÈGUE atrage atenția că „atunci cînd un subiect se acuză de comiterea unui atentat monstruos, în nouă cazuri din zece este un alcoolic”.

În debilitatea mintală, incapacitatea de a stabili o relație corectă, cauză-efect, și sugestibilitatea crescută sînt cele două circumstanțe care pot genera idei de autoacuzare.

Autoacuzarea (și implicit autodenunțarea) ridică probleme medico-legale, în ceea ce privește autenticitatea mărturisirilor (care pot fi surprinzător de coerente la primă vedere) și valoarea lor probatorie. Paleta largă de afecțiuni psihice, în care autoacuzarea poate apărea impune, examinarea discernămintului subiectului ori de cîte ori o astfel de afecțiune este bănuită.

1254. **AUTOAGRESIUNE** (cf. *auto-*; lat. *aggressio* „atac, asalt”) → SUICID.

1255. **AUTOANALIZĂ** (cf. *auto-*; gr. *analysis* „descompunere”) ● Termen care desemnează explorarea (analiza, investigarea) de

sine, de către propria persoană, în mod mai mult sau mai puțin sistematizat, prin folosirea unor procedee psihanalitice (asociații libere, interpretarea viselor, a reacțiilor, a conduitelor, a desenelor spontane etc.). FREUD a încercat o autoanaliză pornind de la visele sale (primul vis autointerpretat este cel referitor la cazul Irma). Ulterior, pe această bază, el ajunge la explicarea unor evenimente din copilăria sa, susținînd că analiza propriilor vise este o etapă necesară în formarea viitorului psihanalist. Mai tirziu, FREUD afirmă că autoanaliza nu poate fi completă, întrucît o persoană nu se poate observa și interpreta pe sine cu detașare obiectivă. În ceea ce-l privește pe FREUD, autoanaliza i-a fost utilă atît pentru formație, cit și pentru descoperirea proceselor și fenomenelor pe care ulterior le-a conceptualizat în teoria sa. Autoanaliza este considerată ca o formă particulară de rezistență la psihanaliză; chiar în cazurile în care autoanaliza este permisă, ea trebuie supusă, etapă cu etapă, unui supervizor; astfel, ea devine un adjuvant în psihanaliză. Un analist trebuie să-și rezolve, în prealabil, propriile sale complexe, conflicte și rezistențe interioare. În măsura în care nu își tratează analitic propria persoană este aproape imposibilă tratarea analitică a altei persoane. Analiza didactică se completează optim cu o autoanaliză. Menționăm faptul că, în limbajul comun, noțiunea de autoanaliză se folosește cu sensul noțiunii de introspecție. Autoanaliza, introspecția, înclinația la autoobservație nu sînt echivalente (→ INTROSPECȚIE). Autoanaliza presupune, cu necesitate, interpretarea și analizarea în sens psihanalitic și prin mijloace psihanalitice, a manifestărilor unei persoane, pînă la descoperirea motivelor inconștiente care au generat aceste manifestări. Cunoașterea prin autoanaliză este mai profundă decît cunoașterea prin introspecție.

1256. **AUTOAPRECIERE** (cf. *auto-*; lat. *appretiare* „a evalua” *ad-*; *pretium* „preț”) → APRECIERE.

1257. **AUTOCASTRARE** (cf. *auto-*; lat. *castrare* „a castra”) ● Automutilarea organelor sexuale, simptom întilnit în cazul structurilor dizarmonice ale personalității, de tipul perverșilor sexuali (homosexuali etc.), dar în special, la bolnavii schizofreni catatonici și la deliranții cronici (deliruri cu conținut mistic).

1258. **AUTOCATARSIS** (cf. *auto-*; gr. *katharsis* „purificare”) ● Mod de exprimare

individuală, prin scris, muzică, desen etc., utilizat uneori în scop terapeutic, având rolul de a permite subiectului să-și cunoască și astfel să-și stăpânească mai bine emoțiile.

1259. **AUOCENTRIC** (cf. *auto-* și lat. *centrum* „centru”) ● Subiect care își concentrează gândurile, sentimentele, acțiunile etc. asupra propriei sale persoane. În mod normal, adolescența aduce o schimbare a sensului orientării autocentrice a copilului, trecându-se la heterocentrism.

1260. **AUOCINETISM**⁽¹⁾ — *iluzie* (cf. *auto-* și gr. *kinesis* „mișcare”) ● Tip de iluzie optico-cinetică cu caracter fiziologic, constând în impresia de deplasare în spațiu a unui punct luminos (static), aflat în obscuritate și face parte din seria iluziilor de mișcare aparentă. A fost descrisă de CHARPENTIER (1886) și apoi de AUBERT (1887), care o denumește astfel.

1261. **AUOCONTROL** (cf. *auto-* și fr. *controler*) ● Din punct de vedere psihologic, autocontrolul este o operație complementară comenzii, prin care se supraveghează, pe baza retroaferenței și aferențelor suplimentare, propriile reacții și comportamente, determinând ponderea, accelerarea sau suspendarea lor, în conformitate cu cerințele programului și situațiilor (P. POPESCU-NEVEANU). WIENER consideră că autoreglajul constă din comandă și control. În sens larg, autocontrolul reprezintă capacitatea de urmărire continuă a propriului comportament, în scopul amplificării, frînării, modelării acțiunilor, pentru a le face adaptate situației, constituind o latură a „stăpînirii de sine”. Această capacitate este diminuată la personalități dizarmonice impulsive, explozive, excitabile. Metoda autocontrolului face parte din terapiile comportamentale în care subiectul, sub influența terapeutului, va deveni artizanul propriului comportament. Comportamentul pozitiv va primi valorizare socială (MAHONEY), ceea ce îl va determina pe subiect să-și întărească respectivele conduite. Stabilirea scopului terapiei, autoobservare și autoînregistrare, autoîntărire și evaluare — vor fi etapele acestui tip de terapie, care poate fi folosită în toxicomanii, boli psihosomatice, terapia cuplului.

1262. **AUOCONSTRUCTIV**⁽²⁾ *delir* (cf. *auto-* și fr. *constructif*) ● Delir descris de G. de CLÉRAMBAULT (1934), constând în prezența unor halucinații psihice prin care „vocile” îl informează pe subiect, profetizând și fabricând noțiuni contradictorii în raport cu ten-

dințele acestuia. Completându-se de la o zi la alta, ideile delirante se consolidează, se amplifică construind „un roman extrapersonal”, deosebit de absurd (atît de absurd încît, în unele cazuri, în cîțiva ani, subiectul însuși va începe să-l respingă).

Evoluția este aceea a oricărei schizofrenii. Autorul subliniază că valoarea tematică și valoarea logică a acestui delir sînt inferioare cu multe grade ideilor aceluiași subiect sănătos, „precedînd gîndirea personală pe drumul demențierii”.

1263. **AUOCRITICĂ** (fr. *autocritique* și cf. gr. *kritike* „arta de a judeca”) ● Reprezintă analiza critică a propriei activități, judecarea propriei conduite, capacitatea de a se judeca pe sine. Realizarea unei asemenea acțiuni presupune, necondiționat, integritatea tuturor compartimentelor personalității subiectului: conștiință, memorie, procese de gîndire, afectivitate etc. Practic, toate afecțiunile psihice duc la diminuarea autocriticii: în isterie, bolnavii asistă indiferenți („la belle indifférence”) la spectaculoasele lor simptome de conversie și în manie, optimismul nemăsurat, expansivitatea neîngrădită îndepărtează bolnavul de real și sindroamele demențiale reprezintă exemplul cel mai elocvent al pierderii autocriticii, cu paroxisme în paralizia generală, unde constituie simptomul revelator (deși aparențele pot înșela multă vreme).

Apariția auto-criticii constituie un bun criteriu de apreciere a vindecării în cazurile curabile de confuzie mintală, în deliruri tranzitorii, cînd perioadei în care subiectul se îndoiește de caracterul patologic al simptomelor (halucinații, idei delirante etc.) îi urmează revenirea criticii.

1264. **AUOCUNOAȘTERE** (cf. *auto-* și a cunoaște: lat. *cognoscere*) ● În sens larg, desemnează cunoașterea de sine prin sine, cunoaștere care este însă relativă, fiind impregnată de subiectivism. Practic, nu este vorba de o dedublare a conștiinței (care ar echivala cu desfășurarea unui fapt de conștiință, concomitent cu analizarea lui), ci de un demers stadial, pe care-l realizează un individ în direcția cunoașterii de sine, demers util atît pentru autoeducație și stabilirea nivelelor de aspirație individuală, cît și pentru psihodiagnoză (relatările subiectului privind imaginea de sine, din cursul interviului clinic). Astfel, autocunoașterea presupune autoobservație, autoapreciere critică și autovalorizare, deci, în ultimă instanță, raportare și evaluare calita-

tivă la idealuri, modele și exigențe sociale. Ca tehnici de corectare a subiectivității în autocunoaștere, Gh. ZAPAN propune „metoda aprecierii obiective”, iar U. ȘCHIOPU, M. GÎRBOVEANU, P. MUREȘANU propun testul celor trei profile (itemii testului conțin atribute caracteristice „omului concret, obișnuit”, „omului ideal” și „propriei persoane”). Pentru psihologia introspecționistă reprezintă unica metodă autentică de cunoaștere a psihismului.

1265. **AUTODECONTRACTIE CONCENTRATIVĂ** (cf. *auto-*; *de-* prefix negativ; contractie: cf. lat. *contractio* „stringere”) — sin. **ANTRENAMENT AUTOGEN** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **TRAINING AUTOGEN**.

1266. **AUTODEPĂȘIRE** (cf. *auto-*; a depăși: cf. fr. *dépasser*) ● Modalitate principală de autoperfectiune, constând din proiectarea și efectuarea de acțiuni ce depășesc intrucivta posibilitățile de moment ale subiectului, determinând astfel progresul continuu al acestor posibilități. Autodepășirea este o atitudine față de sine și față de propria evoluție, atunci când se referă la conduita morală, condiționează progresul valorilor morale și implică un nivel superior de aspirații. Nu trebuie însă uitat niciodată că „mai binele este dușmanul binelui”. În psihopatologie, autodepășirea poate juca diverse roluri: de la frină (psihastenul), la motor (paranoicul).

1267. **AUTODEPILAȚIE PATOLOGICĂ** (cf. *auto-*; *depilation*) — sin. **TRICOTILOMANIE** sin. \rightarrow HALLOPEAU^a semn.

1268. **AUTODEPRECIERE** (cf. *auto-*; fr. *déprécier*; cf. lat. *depretiare* „a nu prețui”) ● Termen care, în realitate, este opus mai mult autovalorizării decât autoaprecierii. Se referă la atitudinea de apreciere, ierarhizare, omologare a propriei persoane la un nivel inferior, raportat la grupul social și/sau idealurile și aspirațiile proprii, integrate în consensul general de aspirații al grupului. Deprecierea desemnează, în sens larg, micșorarea prețului sau valorii, calității cuiva. Această atitudine apare în urma unor defecte fizice (handicap) sau a unor boli somatice cronice (diabet, obezitate etc.), care, supraestimate de subiect, îi creează complexe de inferioritate, accentuându-i inadaptabilitatea. Handicapat, auto-depreciat, se simte și bolnavul psihic remis, aflat în procesul reintegrării sale sociofamiliale, dar marcat de „critica” pe care începe s-o aibă față de boala sa. Autodeprecieri atinge apogeul intensității sale în cadrul simptomat-

logiei depresiei endogene, melancoliei, unde întregește cortegiul ideilor de culpabilitate, inutilitate, dezonorare etc. În autodeprecieri din unele stări depresive, subiectul tinde să se subvalueze, să-și diminueze meritele, calitățile proprii. Această tendință este cu atât mai accentuată, cu cât depresia este mai intensă, ajungându-se pînă la negarea sensului propriei existențe, ca în depresia melancolică.

1269. **AUTOECOLALIE** (cf. *auto-*; gr. *echo* „sunet”; lat. „ecou” și *lalein* „a vorbi”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **STEREOTIPIE VERBALĂ**.

1270. **AUTOECOPRAXIE** (cf. *auto-*; gr. *echo*; *praxis* „acțiune”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **STEREOTIPIE GESTUALĂ**.

1271. **AUTOECOSIMPTOM STRANSKI** (cf. *auto-*; gr. *echo*; *simptoma* „coincidentă, întâmplare”) ● Simptom întâlnit în schizofrenia catatonică, implicând repetări mecanice ale cuvintelor și frazelor proprii sau ale unor mișcări executate anterior. Este o expresie a stereotipiei.

1272. **AUTOEDUCAȚIE** (cf. *auto-*; fr. *éducation*; cf. lat. *educatio*) ● Reprezintă procesul de formare a propriei personalități, realizat prin eforturi personale, care se desfășoară concomitent cu procesul educațional, realizat de alții, și respectând aceleași legi. Perioada sa de maximă eficiență se situează în adolescență și tinerețe, avînd la bază un autocontrol permanent al comportamentului. În mod normal, acest proces se desfășoară în colectivitate, unde se și desăvîrșește, într-o formă superioară de altfel, formă care va permite subiectului să participe la procesul educațional al altora. Dacă subiectul nu se cunoaște bine pe sine, existînd o discrepanță între ceea ce este și felul cum crede că este, în ambele variante (tendințe de subestimare sau, dimpotrivă, de supraestimare a propriei persoane), procesul autoeducațional nu se poate desăvîrși.

1273. **AUTOEMPATIE** (cf. *auto-*; gr. *empathia* „pasiune”) ● Posibilitate de autoapreciere a gradului de empatie pe care subiectul îl declanșează în colectivitate, greu de realizat obiectiv. Se întâlnește frecvent ca preocupare în psihopatologie, la personalitățile dizarmonice, pe prim plan fiind personalitatea isterică, urmată, pe locul secund, de două tipuri de personalități care, deși în sens diferit, sînt îndreptățite să-l ocupe: personalitatea paranoică și cea psihastenică.

1274. **AUTOERASTIE** (cf. *auto-* ; gr. *erastes* „pasionat”) — sin. **AUTOFILIE** ; **AUTOSEXUALISM** → **NARCISISM**.

1275. **AUTOEROTISM** (cf. *auto-* ; fr. *érotisme* : cf. gr. *eros* „dragoste”) ● Termenul desemnează, în sens larg, acel comportament sexual în care satisfacția este obținută folosind ca obiect propriul corp (exemplul tipic este masturbația). În sens restrins, termenul se referă la un comportament sexual infantil precoce, ce exprimă satisfacția unei pulsioni parțiale, produse prin excitarea unei zone erogene sau a unui organ ; este stadiul narcisismului infantil, în care subiectul nu face apel la un obiect exterior și în care nu există o imagine unificată asupra corpului propriu (după J. B. PONTALIS și J. LAPLANCHE). Noțiunile opuse sînt : **ALLOEROTISM** sau **HETEROEROTISM**. Termenul de autoerotism a fost introdus de **HAVELOCK ELLIS** ; autorul include aici „fenomenele de emoție sexuală spontană, produse în absența oricărui stimul extern, fie direct, fie indirect”. **FREUD** reia termenul în „Trei eseuri asupra sexualității” și îl definește în cadrul relației pulsione-obiect al pulsionii : „...pulsionea se satisface folosind propriul corp”. În autoerotism, după **FREUD**, nu se mai păstrează distincția pulsione-sursă pulsională-scop-obiect ; satisfacția pulsională în autoerotism presupune ca obiectul să coincidă cu organul, cu sursa pulsională. Se impun două concluzii (J. LAPLANCHE și J. B. PONTALIS) :

- la origine, autoerotismul este legat de pulsionile de autoconservare ; satisfacția autoerotică nu presupune, aici, lipsa de obiect exterior sexual specific. Pulsionea sexuală se satisface sprijinindu-se pe pulsionea autoconservării (foamea) obiectul fiind sinul matern. Ulterior pulsionea sexuală se desprinde de pulsionile nonsexuale și devine autoerotică. Așadar autoerotismul nu presupune, la origine, existența unui stadiu „anobiectual”, ci clivajul între pulsionea sexuală și funcțiile nonsexuale ;
- autoerotismul se leagă de acea fază a organismului în care nu se poate vorbi de o organizare de ansamblu a pulsionilor ; satisfacția de tip autoerotic urmează mobilizarea componentelor pulsionale parțiale (excitația zonelor erogene izolate).

Autoerotism și narcisism. În concepția lui **FREUD**, narcisismul definește investirea libidoului în Eu, Eul reprezentînd și o imagine unitară a corpului. În acest sens, autoerotis-

mul se opune narcisismului, autoerotismul fiind legat de pulsionile parțiale. **FREUD** afirmă (citat de J. B. PONTALIS și J. LAPLANCHE) : „La început nu există o unitate comparabilă cu Eul ; Eul suportă o anumită dezvoltare. În schimb, pulsionile autoerotice există de la origine ; deci o nouă acțiune psihică trebuie să se adauge autoerotismului pentru a da narcisismul”. Ideea lui **FREUD** este că trecerea de la autoerotism la narcisism este marcată prin unirea comportamentelor pulsionale sexuale izolate și prin faptul că aceste pulsioni își găsesc drept obiect Eul. Așadar, autoerotismul definește un comportament de satisfacție sexuală dintr-un stadiu în care pulsionile sexuale nu sînt reunite, ci se manifestă ca pulsioni parțiale, în raport cu un obiect parțial și fantasmatic. În perspectivă genetică, **FREUD** considera sexualitatea infantilă ca fiind caracterizată prin autoerotism și există o trecere de la faza autoerotică pînă la faza narcisică și ulterior la alegerea obiectuală (investirea într-un obiect exterior). **K. ABRAHAM** consideră că autoerotismul, ca stadiu, coincide cu stadiul oral precoce.

În psihopatologie, comportamentele de tip autoerotic pot apărea la diverse categorii de bolnavi psihici, în special la perverși sexual și la nevrotici, ele se însoțesc de culpabilitate, iar la psihotici, aceste acte de autoerotism sînt determinate de procesul destrucției morbide. Autoerotismul la adult presupune fenomenul de regresie. La nevrotici, regresia este predominant formală (folosirea unor modalități de expresie și de comportament inferioare). La psihotici, se întînesc toate cele trei categorii de regresie : topică, temporală și formală (→ **REGRESIUNE**). Există situații (prizonierat, detenție etc.) în care autoerotismul adultului este tranzitoriu și nu se consideră comportament patologic.

1276. **AUTOFAGIE** (cf. *auto-* ; *phagein* „a minca”) ● Tulburare gravă a comportamentului instinctual, care denotă atingerea celor mai profunde straturi ale psihismului de către procesul morbid (demențiere profundă) sau absența unei dezvoltări psihice normale (idiotia) ; constă în roaderea și/sau sugerea propriilor țesuturi, pînă la automutilare.

1276. **AUTOFÉLĂȚIE** (cf. *auto-* ; lat. *fellare* „a suge”) ● Formă extrem de rară de autoerotism masculin, cuprinsă în raportul **KINSEY**. „Dificultăți tehnice” ar explica, după acest autor, frecvența ei atît de redusă (sub 2‰) și prezența mai ales la copil și adolescent.

1277. **AUOFETIȘISM** (cf. *auto-* și *gr. fētichisme*) ● Termenul a fost introdus de HIRSCHFELD pentru a denumi o formă particulară de fetișism, caracterizată prin apariția excitației sexuale a subiectului în prezența unui obiect personal (de obicei, vestimentar). Este legat de puternice trăsături narcisistice.

1278. **AUOFILIE** (cf. *auto-* și *gr. philein* „a lubi”) — sin. **AUTOERASTIE** și **AUOSINSEXUALISM** → **NARCISISM**.

1279. **AUOFLAGELARE** (cf. *auto-* și *lat. flagellare* „a biciui”) ● Obținerea excitației și/sau satisfacției sexuale prin biciuirea propriului corp (HIRSCHFELD), în prezența unui partener sexual sau a mai multor spectatori. Apare evidentă paralela cu autoflagelările din evul mediu, din timpul procesiunilor religioase, ca și cu acelea practicate de membrii unor secte contemporane. „Posesiunea divină” prin martirizarea trupului este, în fapt, căutarea unei satisfacții erotice patologice.

1280. **AUOFOBIE**^(B) (cf. *auto-* și *gr. phobos* „frică”) ● Teama patologică și nejustificată de a fi singur. Lipsită de semnificație patologică în copilărie, ea devine semnificativă la personalități dizarmonice, în reacții, nevroze, unele demențe.

1281. **AUOFONOMANIE** (cf. *auto-* și *gr. phonos* „ucidere”; *mania* „nebulie”) ● Tendința la sinucidere și termenul nu se mai utilizează.

1282. **AUOGENĂ**^(B) boală (cf. *auto-* și *gr. gennan* „a naște”) ● BALINT introduce dicotomia autogen-iatrogen, în ceea ce privește boala, arătând că, la orice subiect, medicul trebuie să trateze două boli: pe cea de care subiectul se plinge — noi senzații, temeri, bănuieli și suferințe (boala autogenă) și pe cea relevată de medic, prin dispunerea într-o ordine coerentă a datelor din anamneză și explorări (boala iatrogenă). El arată că, adesea, medicul este tentat să rezolve numai această ultimă fațetă a bolii, lăsând de fapt nesatisfăcut subiectul. În psihiatrie, se impune cu atât mai mult tratarea bolii autogene, cu cât ea poate fi nucleul celei iatrogene.

1283. **AUOGNOZIE** (cf. *auto-* și *gr. gnosis* „cunoaștere”) ● Se poate identifica cu noțiunea de conștiință de sine.

1284. **AUOHIPNOTICE** — tehnici (cf. *auto-* și *gr. hypnos* „somn”) ● Ansamblul procedeelelor (tehnicilor) sugestive, cu rol hipnotic, utilizate de subiecți, individual și independent,

și în prelungirea tehnicilor de relaxare, în scopul întăririi efectelor (sau menținerii lor în timp) înregistrate prin sugestii terapeutice. Reprezintă un gen de autosugestii sedative sau de formule hipnogene repetate pe fondul relaxării.

1285. **AUOHTON** (cf. *gr. autos* și *chthon* „pământ, țară”) ● Termen folosit în psihopatologie în special pentru ideile obsedante, desemnând apariția acestora în conștiință ca o gândire generată spontan.

1286. **AUOHTON**^(B) *delir* (cf. *gr. autos* și *chthon* „țară, teritoriu”) ● Termen introdus de CONRAD pentru a desemna ideile delirante primare, ireductibile, care apar „de novo” (CAVENAR și BRODIE). Conceptul este, în mare măsură, similar cu delirul jaspersian.

1287. **AUOHTONIE** (cf. *gr. autos* și *chthon*) ● În psihologie, termenul se referă la modul de funcționare a psihicului uman. După unii autori, activitatea psihică este tributară unor forțe interne ale psihicului. Se citează exemplul viselor (produse ale unor energii proprii psihicului). Autochtonia ar fi implicată în semnificația acordată noțiunii de psihogenie.

1288. **AUOINTOXICARE** (cf. *auto-* și *lat. intoxicare* „a otrăvi”; cf. *gr. toxicon* „otravă”) ● Afectare tisulară datorată acumulării unor substanțe aflate în mod normal în sine, dar a căror concentrație crește foarte mult la un organism aflat în condiții patologice. În mod normal, toxicitatea acestor produși este neutralizată prin mecanisme hepatice, renale, sudorale, dar în condiții patologice, de alterare funcțională sau morfologică a sistemelor antitoxice, acumularea substanțelor toxice, imposibilitatea neutralizării lor determină autointoxicarea organismului, însoțită de manifestări psihice, de coloratură și intensitate diferite, de la cefalee și astenie, până la confuzie mintală. Nu lipsită de interes ne apare „autointoxicarea psihică”, în care ideile „în absența neutralizării” prin mijloacele specifice și normale, au drept produs final delirul și sistematizarea sa.

1289. **AUOÎNTĂRIRE** (cf. *auto-* și a întări) ● Tehnică de autocontrol prin care subiectul însuși planifică consecințele pozitive sau negative ale unora dintre comportamentele sale. Autorecompensarea întărește tipurile de comportamente pozitive mai mult decât alte metode (autoobservația, autopedeșirea etc.). Această tehnică se bazează pe capacitatea su-

biectului de a se autoobserva și de a-și înțelege conduitele, de a realiza o analiză funcțională corespunzătoare.

1290. **AUTOKINEZA** (cf. *auto-* și gr. *kinesis* „mișcare”) ● Fenomen constatată experimental, implicând apariția unei reacții psihogene tardive în raport cu stresul cauzator (GANT, 1958); a fost observat în experiențe de condiționare, cind mult după stingerea reflexului condiționat (ani, luni), apare nevroza experimentală, ca și cum condițiile experimentale inițiale ar fi fost reactualizate (autokineză negativă). Autokineza pozitivă ar consta în ameliorarea semnelor noului episod psihogen sub un tratament medicamentos.

1291. **AUTOKIRIE** — sin. **AUTOLIZĂ** și **AUTOTONAZIE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **SUICID**.

1292. **AUTOLIZĂ** (cf. *auto-*; gr. *lysis* „dizolvare”) ● Termen folosit în biologie, pentru a desemna procesul de dezintegrare a celulelor și țesuturilor vegetale și animale, sub acțiunea enzimelor existente în aceste țesuturi. În literatura psihiatrică, termenul folosit de cele mai multe ori ca sinonim al suicidului, poate defini totalitatea comportamentelor autoagresive, avînd drept rezultat suprimarea existenței individului → **SUICID**.

1293. **AUTOMAT** (cf. gr. *automatos* „care se mișcă singur”) ● Sistem care poate duce la îndeplinire anumite operații cu caracter stereotip fără a fi necesar un alt control din exterior. Ideea că ființele vii sînt niște sisteme automate o găsim la R. DESCARTES și apoi la LAMETTRIE care, ca adept al curentului mecanicist, o extinde și la ființa umană, la gândurile și acțiunile sale. Oamenii au numit automate) primele mașinării pe care le-au creat și care încercau să imite mișcările ființelor vii (instrumente muzicale, păpuși, diverse jucării). Acest epitet a fost atribuit și oamenilor înzestrați cu un spirit de inițiativă și combativitate mai reduse, care reproduc mecanic ceea ce ar fi de presupus să facă din propria lor voință. Epoca actualei revoluții științifice și tehnice privește lumea vie și indivizii săi ca pe niște automate informaționale, ca sisteme dinamice cu funcții regulate astfel, încît intrările și starea sistemului condiționează ieșirile, care devin în acest mod predictibile și programabile. Această ultimă și valoroasă însușire a automatului, cu posibilități de dezvoltare nemăsurate în viitor, se bazează pe un model matematic abstract, un cvintuplu: $M = \{I, S, Z, \theta, \lambda\}$ în care: $I =$ mulțimea simbolurilor de intrare, $S =$ mulțimea stărilor automatului, $Z =$ mulțimea ieșirilor, $\theta \div I \times S \rightarrow S$ este funcția de

tranzitie și $\lambda: I \times S \rightarrow Z$ este funcția de ieșire. Automatul realizează o transformare de intrare-ieșire prin parcurgerea stărilor din mulțimea S , în funcție de succesiunea simbolurilor de intrare. Acest model este frecvent utilizat pentru studiul echipamentelor și proceselor de prelucrare a informației numerice. În funcție de caracteristicile elementelor cvintuplului M , automatele se clasifică în: determinist, nedeterminist, probabilistic, finit, celular, programabil.

Prin excepție, în cazul organismului viu, relația între gradul de evoluție și cel de rigiditate a multiplelor sisteme automate care-l compun este invers proporțională, comportamentul rațional fiind mai puțin automat decît cel irațional. Executarea extrem de frecventă a unor mișcări, care la origine au avut un control conștient, le-a conferit acestora pe parcursul traiectoriei ontologice, un caracter automat, care nu se mai observă în mod normal (articularea cuvintelor, mersul etc.). Restrițgerea numărului actelor unui subiect la cele automate are semnificația unei regresii.

1294. **AUTOMATISM MINTAL**⁽⁸⁾ *sindrom* (fr. *automatisme*) — sin. **AUTOMATISM MINTAL KANDINSKI-CLÉRAMBAULT** și „**SINDROMUL S**” ● Pornind de la modelul neuronal, C. G. de CLÉRAMBAULT descrie, în anul 1926, cu o remarcabilă minuție și precizie, sindroamele cardinale ale psihiatriei. El definește automatismul mintal astfel: „proces autonom, caracterizat prin devansarea gândirii și enunțarea actelor și impulsii verbale și tendința la fenomene psihomotorii cu următoarele caractere: neutralitate (cel puțin inițial) a conținutului și nonsenzorialitate și rol inițial în decursul psihozei”.

Acestor elemente autorul le va adăuga o serie de procese mai rare sau mai obișnuite care, după expresia lui H. EY, „mișună” pentru a se amalgama în mozaicul psihozie halucinatorii.

Subiectul capătă convingerea că, în creierul său, pătrund gânduri străine, că gîndirea îi este manevrată, că actele îi sînt comentate și comandate din afară (fenomene xenopactice). Fenomenul de ecou al gândirii poate avea caracter adițional, constatator sau comentativ. El poate să anticipeze, să urmeze sau să aibă o desfășurare simultană cu ideea pe care o însoțește.

H. EY și P. BERNARD sistematizează sindromul automatismului mintal în următoarea formă:

- senzații parazite (halucinații psihosenzoriale simple „anideice”) și

Tabel nr. XXVIII

Procese pozitive	Procese mixte	Procese negative	Automatisme
<ul style="list-style-type: none"> ● emanciparea abstracțiilor ● depănarea mută de amintiri ● ideoree ● asemănări ● false recunoașteri 	<ul style="list-style-type: none"> ● substituirea gândirii ● nebulozitate anticipativă a gândirii 	<ul style="list-style-type: none"> ● uitări ● golire de gânduri ● aprosexie ● îndoieli ● perplexitate fără obiect 	<ul style="list-style-type: none"> ● afectiv, emotiv și emoțional ● vizual : ideoree vizuală ● verbal : jocuri verbale fragmentare, silabe parazite, particule de cuvinte

- triplul automatism : motor, ideator și ideoverbal ;
- dedublarea mecanică a gândirii (triplul ecou : al gândirii, actelor și lecturii ; enunțarea gesturilor și intențiilor și comentarea actelor) ;
- micul automatism (anticipare ideativă, depănare de amintiri, intenții abstracte, stranietate a gândirii, mentism xenopatic) ; micul automatism a mai fost denumit și sindrom de pasivitate sau de interferență.

Automatismul mintal poate rămâne, în forma sa pură, în stadiul de „mic automatism”, care nu adaugă elemente interpretative sau explicative, dar poate avea o evoluție remitentă și paroxistică, atunci când existența tulburărilor afective cu caracter paroxistic exacerbează manifestările sindromului. Frecvent, sindromul de automatism mintal stă la baza delirului secundar din cadrul unei psihoze delirante cronice, delir apărut prin mecanism interpretativ sau explicativ orientat endogen (delir de posesiune) sau exogen (delirul de influență, de persecuție), în funcție de particularitățile structurale ale subiectului.

După E. BLEULER, frecvența cu care sindromul de automatism mintal se întâlnește în schizofrenie este mare, elementele din sindrom fiind adesea constatate chiar de la începutul bolii (KOURETAS, SCOURAS). Atitudinile catatonice, actele motorii bizare s-ar explica cu reacții opoziționale la comentariile „vocalor”, din cadrul automatismului mintal.

C. G. de CLÉRAMBAULT a descris forme „masive și difuze” ale sindromului de automatism mintal, referindu-se la evoluția rapidă, care sare peste etapele ideosenzoriale ale automatismului, apărut în stările confuzionale infecțioase, toxice și în stările sechelare. Forme tranzitorii se descriu în cadrul evolu-

ției unor afecțiuni organice (tuberculoză, meningite seroase, hipertensiune intracraniană).

Patogenia sindromului este un subiect controversat și explicațiile date s-au grupat în teorii psihologice și organiciste. Primele se leagă de procese greu obiectivabile, cum ar fi, de exemplu : diminuarea voinței și a sintezei mintale (SÉGLAS), refularea unor stări afective care, după aceasta, ar putea căpăta un caracter indiferent, ca și cum ar fi străine subiectului (discordanța afectivă Cellier). În cadrul teoriilor organiciste și fiziopatologice, trebuie să începem cu autorul descrierii sindromului. El consideră că acesta s-ar datora unor microlezioni meningeale sau corticale sau ale nucleilor cenușii, apărute în cadrul unor infecții exogene, endogene sau impregnări toxice. GUIRAUD a încercat o explicație având la bază asincronismul cronaxic neuronal, deși anatomopatologic acest lucru nu s-a putut demonstra. Au fost luate în considerație și antecedentele patologice și predispoziția. În ciuda unor limite teoretice inerente, descrierea sindromului de automatism mintal reprezintă o sinteză majoră, care a rupt barierele artificiale dintre fenomenele halucinatorii, demonstrând unitatea lor.

Descrierea deosebită pe care KANDINSKI (1888) o dăduse pseudohalucinațiilor i-a îndemnat pe unii autori să denumească acest sindrom, sindromul Kandinski-Clérambault, fapt numai parțial justificat, deoarece sindromul de automatism cuprinde o serie mai largă de fenomene decît cele magistral expuse de autorul rus (pseudohalucinații, halucinații psihomotorii), care le dă o explicație la fel de organicistă (GHILJAROVSKI) : excitația zonelor cortico-senzoriale.

1295. AUTOMATISM MINTAL PSIHOGENIC semn — sin. SINDROMUL DE ACȚIUNE EXTERIOARĂ⁽⁹⁾ ● În anumite circumstanțe patologice, mecanismul automatismului mintal îmbracă o intensitate caracteristică, determinând stări la limita dintre normal și patologic sau chiar patologice, clasificate din 1913, de către H. CLAUDE și LEVY-VALENSI în:

- stări de automatism mintal cu modificarea clarității conștiinței, automatisme epileptice, stări crepusculare, activitatea delirant-onirică;
- stări de automatism care nu sînt recunoscute ca anormale de către subiect, conștiința fiind păstrată, apărute în fazele de excitație maniacală, halucinațiile psihosenzoriale, deliruri de imaginație și manifestări delirante isterice;
- stări de automatism în care subiectul are conștiința caracterului anormal al acestei manifestări: sindroame obsesivo-fobice, stări anxioase. H. CLAUDE va angaja pe tema automatismului mintal, pe care îl va numi și „sindromul de acțiune exterioară”, o vie polemică cu C. G. de CLÉRAMBAULT, susținînd că la baza acestuia stă „o tulburare mai mult sau mai puțin veche și profundă” a afectivității și stabilind o serie de legături cu delirul senzitiv de relație (KRETSCHMER).

Această ipoteză psihogenetică nu s-a dovedit însă cu nimic mai reală decît cea organogenetică, fiind limitată la unele cazuri de apariție a fenomenului.

1296. AUTOMATISM MINTAL PSIHOLÓGIC ● Activitate independentă și spontană a întregii vieți psihice sau a unui sector al ei, care se desfășoară în afara controlului conștiinței și voinței. Automatismul poate exista ca fenomen normal (automatism psihologic normal) sau patologic:

În 1889, P. JANET își publică teza privitoare la automatismul psihologic, în care caracterizează activitatea automată ca „trebuind să aibă ceva spontan, cel puțin în aparență” nefiind „pur mecanică și absolut fără conștiință”. El conține automatismul psihologic ca o formă inferioară a activității umane. Această idee va fi reluată de BERGSON, care va considera că actele neautomate, „libere”, sînt rare și au „un caracter de solemnitate”.

1297. AUTOMATIZARE (fr. *automatiser*) ● Proces prin care, fără efort sau o direcționare conștientă, o acțiune devine rutinieră și automată. Extrapolat în tehnică, termenul se referă

la dispozitive tehnice cu ajutorul cărora pot fi realizate operații executate altădată manul sau mintal.

● În psihologie, automatizarea acțiunilor psihomotorii include procesul de relativă diminuare a funcției de control pe care o exercită conștiința asupra acțiunilor inițiale, care, prin repetare, tind să-și estompeze caracterul rațional. Acțiuni umane ca articularea cuvintelor, mersul, conducerea auto, învățarea unui sport, a unei meserii etc. încep prin a fi învățate conștient, prin mobilizarea voinței, și ajung să fie însușite la perfecție numai după o exercitare îndelungată, timp în care elementele nou învățate se întregesc, se completează, ajung să formeze o unitate, ca ulterior să tindă spre rutină. Desigur, după cum afirma și W. JAMES, citat de P. POPESCU-NEVEANU, numărul de acțiuni automatizate crește odată cu gradul de complexitate a activității.

● În psihopatologie, automatizarea poate fi unul dintre factorii mecanismului de producere a nevrozei, după cum afirmă WAELDER („automatizarea reacției la anxietate”), indivizii păstrînd caractere psihologice ale copilăriei încă multă vreme în decursul existenței lor. După această opinie, nevroticul acționează ca un automat, sub povara impulsivității lui infantile. Schizofrenia reușește, în temeiul aceleiași interpretări, să arunce subiectul „în adîncurile cele mai profunde ale inconștientului său”, dominat de valorile copilăriei.

1298. AUTOMATIZARE A ACȚIUNILOR PSIHOMOTORII ● Proces de transformare, prin interiorizare și exercersare repetitivă, în

baza stereotipurilor dinamice și a fenomenelor de feed-back, a acțiunilor conștient-voluntare în acțiuni „autorizate” de conștiință (Ch. BLONDEL) și voință. Automatizarea decurge din exercițiu, care, la rîndul său, presupune condiționare, sistematizare reflexă sau stereotipizare. Specificul automatizării este consolidarea prin exercițiu a învățării anumitor acțiuni. Raporturile intime pe care le întrețin actele automatizate (mai ales în etapa inițială și, circumstanțial, posterioară automatizării) cu controlul conștient și voluntar, precum și cu procesele de învățare din care decurg, le delimitează net de actele automatice-instinctive sau de automatismele native. Automatismele conservă și repetă ceea ce a fost achiziționat, dar valoarea lor adaptativă depinde strict de modul cum sînt integrate în conduita inteligentă sau, în termeni janetieni, în conduita „pe măsură”. Celebra lucrare a lui P. JANET „L'automatisme psychologique” (1894), inclusiv dezvoltările ulterioare, precum și progresele

neurofiziologiei și psihociberneticii, au dus la statuarea automatizării ca o lege universală a activității psihocomportamentale, ca unul dintre principiile fundamentale ale construcției progresive a sistemului psihic uman. Cu cât activitatea psihică este mai evoluată și complexă, cu atât este mai mult mediată instrumental (VIGOTSKI, OSGOOD) și are o structură mai ramificată, plurinivelară. Multitudinea verigilor, operațiilor, nivelurilor, relațiilor implicate de ea presupune cu necesitate automatizări de acțiuni. W. JAMES arată într-un studiu că cel puțin 90% din comportamentele activității gândirii sint habituale.

La baza automatizării (mecanismelor psihoneuro-fiziologice) stau o serie de fenomene și relații: realizarea unui tonus ridicat al scoarței, apariția unei zone de excitabilitate optimă, formarea stereotipului dinamic, întărirea legăturilor temporare, sisteme de aferență, conexiuni inverse, activitatea din zonele inhibate, în care un rol central revine aferenței inverse. Stereotipul dinamic (model sau matrice funcțională în limbaj cibernetic) este rezultatul activității analitico-sintetice a scoarței cerebrale. Legăturile temporale, inițial dispartate, se organizează prin interconectare într-un sistem unitar, în care un rol hotărâtor (KUPALOV și ASTRATIAN) îl au ordinea în care se succed stimulii și duratele intervalelor dintre stimulările ordonate. Între diversele unități stereotipe există raporturi de subordonare, de opoziție sau contiguitate. Stereotipul însuși este subordonat dominantelor și direcțiilor în care se dezvoltă activitatea corticală. Aferența inversă îndeplinește, în automatizare, o dublă funcție. Față de centrul cortical responsabil pentru fiecare act elementar constituent al unui act motor complex, ea joacă un rol de semnalizare a preciziei sau adecvănței în raport cu celelalte acte, dar și cu actul global, iar față de rezultatul final, de ajustare sau de sancțiune, permite comenzi corectoare (P. K. ANOHIN). Pentru evitarea interferențelor, este necesar controlul felului cum se ierarhizează componentele sistemului reflex, bariera ambianței pentru evitarea unor condiționări anexe limitative, generalizarea stereotipului prin practicarea lui în condiții de exercitare variată (mai ales prin procedeul „opoziției alternative”, preconizat de PAVLOV) și facilitarea transferurilor. Orice act automatizat se asociază sau se circumscrie, mai ales prin partea executivă (efectorie), unei acțiuni complete sau complexe. De exemplu, formele elementare ale mișcărilor capului, miinilor, picioarelor, trunchiului, în raport cu acțiunea de deplasare în spațiu; mișcărilor ochilor, în

timpul percepției unui obiect; mișcările degetelor și brațului, față de acțiunea de scriere ș.a.

Orice act automatizat rezultă din învățare și exercițiu (→ETAPELE AUTOMATIZĂRII). Odată constituit stereotipul dinamic, orice act automatizat se desfășoară relativ autonom de controlul conștient și de investiția de efort voluntar, în mod spontan și facil. El presupune economie de efort, ușurință în execuție (rapiditate) și cursivitate, prescurtare și schematizare (grad de generalitate) și un mare grad de stabilitate (dictonul: „reînvățarea este mai grea decât învățarea” se aplică foarte bine actelor automatizate, dat fiind mecanismul lor neurofiziologic). În structura personalității, actele automatizate se situează la diferite niveluri de generalitate: de la actele simple, motorii, și mixte ca: mersul, scrisul, vorbirea, la grupurile și grupările de operații intelectuale de tipul celor patru transformări INRC (identica, negația sau inversia, reciproca și corelativa) sau la algoritmi de calcul și gramaticali. Este greșită absolutizarea rigidității și independenței de control conștient ale actelor automatizate. Ele sint cadre mobile (rigidă este doar structura ordonată de verigi), susceptibile de noi conținuturi și se declanșează cu ușurință atunci când situațiile de viață o reclamă (rol adaptativ). Cu cât activitatea este mai complexă, cu atât intră în joc un număr mai mare de acte automatizate (proporționalitate între gradele de complexitate a conduitei și numărul dimensiunilor habituale implicate). Cercetările întreprinse de A. T. PUNI și D. I. BOGDANOVA, privind componentele automatizate implicate de activitățile sportive, confirmă faptul că baza de reglaj nu este suprimată, ci doar restructurată, în sensul reducerii controlului conștient la o supraveghere „de la distanță” și generală a activității (în care actele automatizate sint operatorii) sau al intervenției facultative a conștiinței efortului și direcției, când apar dificultăți sau noutăți de situație. De altfel, volumul conștiinței este limitat la 7 ± 2 elemente și, cum acțiunile umane complexe implică un număr cu mult mai mare de parametri ce trebuie avuți în vedere concomitent, actele automatizate nu fac decât să se fixeze asupra strategiei generale sau obiectivelor esențiale pentru activitatea propusă.

Toate cercetările fiziologice sau psihologice care s-au ocupat de problema automatizării acțiunilor psihomotorii i-au relevat procesualitatea sau stadialitatea (VINOGRADOV, LOMOV, KRESTOVNIKOV, ZINCENKO, PUNI ș.a.).

În general, orice acțiune automatizată implică o aferență vizuală, auditivă, tactilă etc. și,

mai ales, kinestezică. Studiile contemporane asupra deprinderilor acordă o mare importanță elaborării coordonărilor senzorio-motorii (cercetările lui ZINCENKO, ZAPOROJET etc.) în procesul consolidării deprinderilor; se produce o reducere parțială, atât a controlului kinestezic, cât și a celui vizual sau de alt gen. Rolul kinesteziei și al cuvintului în însușirea mișcărilor a fost evidențiat în legătură cu diferitele categorii de calificare sportivă (gimnaști, schiori). Din toate cercetările efectuate a rezultat faptul că includerea limbajului în acțiunea motorie determină ridicarea acesteia la un nivel superior → ANTRENAMENTUL PSIHOTONIC.

Intervenția celui de al doilea sistem de semnalizare nu este identică în toate momentele automatizării acțiunilor. În reacția electivă, există două tipuri de automatizări: una în care accentul trece treptat pe primul sistem de semnalizare, alta în care automatizarea se realizează cu păstrarea continuă a rolului diriguitor a celui de al doilea sistem de semnalizare. Actele automatizate intelectuale aparțin categoriei a doua. Întreg procesul automatizării acțiunilor presupune unitatea și corelarea variabilă a momentului senzorial, a celui motor și a orientării conștiente.

Relația conștiință-automatizare poate fi abordată din punct de vedere fiziologic și psihopatologic. Creatorul intuiționismului, H. BERGSON, aprecia că cu cât actele noastre se automatizează mai mult, cu atât produc o mai accentuată retragere a conștiinței. Psihologul „conduitei”, P. JANET, vedea o opoziție între activitatea creatoare a spiritului și activitatea reproductivă definită ca automatism. Acest gen de automatism (după JANET, activitatea umană în formele ei cele mai simple și rudimentare) se caracterizează printr-o regularitate sau determinism riguros, spontaneitatea fiind cel puțin aparentă. Boala psihică ar fi spontaneitatea descătușată de orice rigoare sau control dirijat și supravegheat (conștient), în ansamblul conduitei (P. JANET). În mod normal, actele automatizate rămân sub supravegherea conștiinței, numai cele anormale se disociază de conștiință. Deviații cu caracter psihopatologic sînt:

- manierismele (întilnite în simulare, schizofrenie, isterie etc.);
- stereotipiile de poziție, de mișcare și verbale (întilnite în schizofrenii, mai ales în formele hebefrenică și catatonică, oligofrenii grave, demențe, afecțiuni neurologice cronice);
- ritualurile și actele compulsive (întilnite în sindromul obsesiv, nevroza obsesiv-

compulsivă, la personalitățile psihastenice, în debutul unei schizofrenii).

1299. **AUTOMATOZĂ** (cf. *auto-*; gr. *mathos* „cunoștință, experiență, obicei”)
sin.
→ ZINGERLE^(S) sindrom.

1300. **AUTOMISOFOBIE**^(P) (cf. *auto-*; gr. *mysis* „murdărie”; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică, nejustificată de a nu răspîndi mirosuri neplăcute, urite; conduce la o serie de conduite de asigurare, care devin pentru subiect o preocupare de prim plan. Are semnificație psihopatologică gravă, fiind prezentă în nevrozele maligne și în schizofrenie.

1301. **AUTOMORFISM** (cf. *auto-*; gr. *morphe* „formă”) ● Tendință de a-i judeca pe alții sau de a gândi despre ei prin prisma propriei persoane, prin ignorarea diferențelor și/sau accentuarea asemănărilor.

1302. **AUTOMUTILARE** (cf. *auto-*; lat. *mutilare* „a mutila”) ● Mutilarea voluntară a propriei



Vincent Van Gogh – Autoportret

persoane (sau realizată de altcineva, la cerere), avînd o motivație și un scop în cazul personalităților dizarmonice sau fiind expresia unei trăiri psihotice. Poate interesa orice segment al

corpului, cel mai frecvent avînd drept organele genitale și cel mai rar, globii oculari (WACKENHEIM, BECKER, NEVUS au descris și asemenea cazuri). La copii, automutilarea are o notă particulară, interesînd în primul rînd (LESCH, NYHAN) buzele și degetele (prin mușcare), frecvența fiind mai mare la băieți.

Se întîlnește la personalități dizarmonice, în scopul obținerii unor beneficii secundare (susținere de la serviciul militar, simularea unui accident sau a unei agresiuni etc.), la perverși sexuali, în epilepsie, schizofrenie, melancolii delirante, demențe. S-a constatat la acești subiecți o creștere a nivelului acidului uric sanguin și urinar, fără să se poată spune în ce fel este influențat tabloul psihopatologic de această modificare.

1303. AUTONOMAZIE (cf. *auto-* și *gr. onoma* „nume”) ● Dificultatea subiectului de a-și reaminti nume proprii sau substantive ; este o formă de afazie amnezică.

1304. AUTONOMIE (cf. *gr. autonomos* „care se conduce după legi proprii, independent”) ● Autogovernare după legi proprii, capacitate de acțiune în conformitate cu reguli și principii imanente, fără subordonare față de o cauzalitate externă — în opoziție cu heteronomia, care desemnează supunerea în fața unor reguli dictate din afară. În etică, autonomia se înfățișează ca o ipostază a libertății morale, instaurîndu-se prin capacitatea de autodeterminare a subiectului, călăuzit de propriul discernămint și acționînd conform propriei sale voințe. KANT face din autonomia voinței, care postulează imperativul categoric drept regulă formală absolută și immanentă, categoria centrală a eticii, căutînd astfel o modalitate de emancipare a moralei față de tutela dogmelor religioase, prin instituirea unui temei propriu al eticului desprins de orice condiționare exterioră. Într-o accepțiune mai cuprinzătoare, proprie filozofiei culturii și axiologiei, autonomia, că atribut al diferitelor domenii de activitate, de reflecție și de creație valorică, desemnează proprietatea acestora de a se constitui și evolua numai pe baza regulilor, normelor și criteriilor proprii, excluzînd intervenția unei cauzalități străine de substanța lor specifică. Autonomia pură este o iluzie metafizică, în oricare dintre aceste accepțiuni ; atît voința cît și domeniile de creație valorică se situează la niveluri ontice evaluate, autodeterminarea lor fiind condiționată de determinismul propriu nivelurilor ontice inferioare (mecanic, fizico-chimic, biologic, psihologic, economic, social), pe care le integrează într-o ordine sui generis.

1305. AUTOOBSERVARE (cf. *auto-* și *lat. observare*) ● Termenul are două accepțiuni :

● *Capacitatea unor subiecți de a-și analiza trăirile și reacțiile în fața unor evenimente sau în cadrul unor intoxicații, voluntare sau nu, cu diverse substanțe cu acțiune psihotropă.* Astfel, în psihiatrie, sînt celebre autoobservațiile unor scriitori sau medici ca : Th. de QUINCEY, VOLTAIRE, KANDINSKI, FREUD, GOETHE etc.

● *Tendință cu caracter patologic a unor subiecți de a-și analiza în mod excesiv unele funcții fiziologice (respirație, puls, bătăile cordului, sudorația, funcția sexuală etc.) și de a le acorda, de obicei, o semnificație morbidă.* Este mai frecventă la personalitățile dizarmonice psihastenice, paranoice, anxioase, ca și la bătrîni și adolescenți.

O formă particulară o îmbracă autoobservația în oglindă a schizofrenilor, care constituie după unii autori, un semn patognomic → SEMNUL OGLINZII.

1306. AUTOORGANIZARE (cf. *auto-* și *fr. organiser*) ● Înșușire a sistemelor evolutive (biologice, psihice, sociale) de a trece treptat la un nivel de organizare superior, în scopul perfecționării funcționale și al adaptării la mediu. Autoorganizarea este rezultatul schimburilor informaționale și a autoreglărilor prin feed-back pozitiv sau negativ. În lumina acestei teorii, starea de sănătate presupune păstrarea intactă a autoorganizării întregului organism, iar boala generează dezorganizări mai mari sau mai mici ale sistemului.

1307. AUTOPARAGRAFIE (cf. *auto-* și *gr. para* „alături” ; *graphein* „a scrie”) ● Termen propus de BOBON, în 1950, pentru a desemna introducerea automată a literelor parazite în cuvînt, în timpul scrierii sub dictare, de către subiecți schizofreni. Izolat acest semn nu are valoare clinică, putînd fi generat și de alți factori.

1308. AUTOPARALEXIE (cf. *auto-* și *gr. para* și *lexis* „cuvînt”) ● Introducerea automată a unor sunete parazite în cuvînt, în timpul citirii, de către subiecții schizofreni. Termenul a fost introdus de BOBON, în 1950. Menționăm aceeași rezervă ca și în cazul AUTOPARAGRAFIEI.

1309. AUTOPISTOSIE (cf. *auto-* și *gr. pistos* „demn de încredere”) ● Termen propus de J. TOULEMONDE pentru a defini încrederea în sine, element fundamental de circumscriere a caracterului. După acest autor, autopistosia are o triplă origine : euforia congenitală, edu-

cația și succesul. Subiecții de tip autopistic sînt extroverți, sociabili, veseli, orgolioși, stimulați de succes și avînd drept „excitant al puterilor psihologice” încrederea în sine. Spiritul de inițiativă, încrederea în viitor, dorința de risc, autoritatea, nevoia de a conduce și verbalitatea foarte pronunțată ar fi trăsăturile cele mai importante ale acestor personalități.

1310. AUTOPLASTIC (cf. *auto-* ; fr. *plastique*) ● Termen introdus în psihanaliză, de FERENCZI și LAGACHE, care l-au preluat din teoriile adaptării. Desemnează reacțiile cele mai elementare ale organismului în scopul apărării sale și al realizării unui echilibru (de exemplu, somnul, care este o adaptare autoplasică). Efectele psihanalizei ar fi și ele de natură autoplasică. Se descrie și o autoplastie patologică, referitoare la structurile simptomatice nevrotice (de exemplu, obsesia) sau psihotice (de exemplu, halucinațiile, delirul). Modalitatea autoplasică de manifestare a unui tablou psihic se referă la afecțiunile (nevroze, psihoze) în care predomină simptomele, trăirile psihopatologice, ce modifică (sau nu) consecutiv și comportamentul → ALOPLASTIC.

1311. AUTOPSIE PSIHOLOGICĂ (cf. gr. *autopsia* „acțiunea de a vedea cu proprii ochi” : *autos* ; *ops* „vedere”) ● Investigație medico-psihologică în scopul înțelegerii procesului suicidal și a variațiilor factori care, relaționîndu-se într-un mod complex, duc la deznădămintul fatal. A fost elaborată de SCHEIDMAN. WEISMAN afirmă că, în timp ce autopsia somatică caută cauza morții, cea psihologică studiază contextul în care moartea se produce : una o completează pe cealaltă. Are ca obiect încercarea de a reconstitui circumstanțele existenței, psihicul și comportamentul suicidalului în perioada imediat anterioară morții sale. O astfel de acțiune nu poate fi de folos subiectului care a reușit în tentativa sa, dar poate fi de o importanță majoră atunci cînd actul a eșuat (dintr-un motiv oarecare), atît pentru subiect, cît și pentru membrii familiei sau cei apropiați. O posibilă elucidare duce la o decupabilizare uneori importantă, care poate evita posibilitatea dramatică a repetării actului de către un alt individ din anturajul familial.

În unitățile de psihiatrie, autopsia psihologică reprezintă totodată un instrument de învățămînt și un mijloc terapeutic. Într-un mediu unde moartea și suicidul sînt o preocupare omniprezentă, autopsia psihologică ameliorează eficacitatea clinică a echipei, „în materie de previziune și prevenție” (G. KISSIN). Un argument important pentru efectuarea autopsiei

psihologice este de ordin metodologic : nimeni nu poate pretinde să stabilească pe o bază prospectivă, relații afective cu un eveniment pe care nu-l înțelege retrospectiv.

1312. AUTOPSIHOTERAPIE (cf. *auto-* ; gr. *psyche* „suflet” ; *therapeia* „grijă”) ● Termen prin care A. BERGER (1974) desemnează beneficiul suplimentar pe care anumiți subiecți îl scot din satisfacția de a-și regla ei înșiși regimul de viață și de alimentație, ca o compensație a dependenței pe care o au față de ceilalți. Subiecții găsesc în asemenea proceduri o posibilitate de afirmare, de fapt, de a-și disimula lipsa acestora. Autopsihoterapia ar veni să completeze psihoterapiile simptomatice, mai ales în cazurile în care nevoia de destăinuire a subiectului este mai importantă decît alegerea terapiei. Este un fapt banal că fiecare individ încearcă să aplice, în propria existență, o serie de „organizări” (orar zilnic, metodă de lucru, alimentație, timp liber), pe care caută să le respecte cît mai riguros, substituindu-și autoritatea imaginară, autorității parentale. În acest fel, mecanismele obsesionale (instaurate „experimental”) sînt folosite ca tratament al angoasei, de către fiecare subiect în parte.

1313. AUTOPSIHOZĂ (cf. *auto-* ; fr. *psychose* : v. gr. „suflet”) ● Sub acest generic, WERNICKE a încercat să cuprindă totalitatea tulburărilor globale de conștiință a personalității proprii fiecărui individ. Termenul nu mai prezintă decît un interes istoric și încercările de revitalizare a lui, în scopul acreditării sale pentru ENDOGENII, nu au dus la rezultatele scontate.

1314. AUTOPUNIȚIE (cf. *auto-* ; fr. *punition* : cf. lat. *punitio* „pedeapsă”) ● Comportament voluntar de sancționare/pedepsire a propriei perscane, prin diferite mijloace, pornind de la privarea de compensații, nesatisfacerea unor trebuințe (claustrare), pînă la flagelare, automutilare și, în ultimă instanță, suicid, ca urmare a unor greșeli reale sau imaginare. În varianta normofuncțională, un grad de necesitate de autopedepsire, pentru o greșeală reală sau o intenție neonorantă (inacceptabilă social), este o formă de disciplinare personală, dobîndită prin educație. În acest sens, încălcarea accidentală, dar mai ales intențională a unei norme sociale sau atribuții pe linie de rol și statut (a calității de tată, soț sau de lider instrumental, de exemplu) atrage după sine, în cazul unor personalități cristalizate, mature, care au conștiința răspunderilor ce le revin, sentimente de culpabilitate și, corelat, nevoia de

pedepsă sau de îndreptare și corecție a conduitei vicioase. Uneori, autosanctiunea acționează preventiv înainte de concretizarea intenției meschine, riscante sau păgubitoare pentru cei din jur sau pentru propria persoană. Mijloacele de autopuniție la adult sînt practic nelimitate: reprimarea unei dorințe arzătoare, care îndeplinită ar fi constituit o recompensă; exprimarea sinceră în public a regretelor privind conduita reprobabilă (gest sau vorbă neucuetată, act imoral, orgolii lezate etc.); renunțarea la obținerea unui bun material care i se cuvine sau la satisfacerea de moment a unui hobby etc.

În domeniul patologiei psihice, autopedepsierea izvorăște din vinovății imaginare (autoacuzarea delirantă din melancolie sau din sindromul Cotard) sau din greșeli minore față de amplasarea și semnificația pe care subiectul le-o atribuie, conducînd la comportamente autoagresive, autodestructive (autoflagelare, automutilare, sinucidere violentă). Teoria psihanalitică admite și noțiunea de nevoie de puniție, ca o toleranță crescută pe care o are subiectul la reproșuri, sentimente de vinovăție și care, ar atinge sfera patologicului, apărînd în nevroza obsesivă și în depresia psihotică (melancolică). Caracterul speculativ al acestei abordări nu necesită comentarii suplimentare.

1315. **AUTOREGLAJ** (cf. fr. *autoréglage*) — sin. **AUTOREGLARE**; **REGLARE AUTOMATĂ** ● Posibilitatea unui sistem de a se echilibra în raport cu un program care poate fi stabil sau apt de reorganizări. M. GOLU definește prin autoreglaj un ansamblu de acțiuni exercitate de un subsistem, numit mecanism de reglare, asupra altui subsistem, numit „obiect al reglării” în cadrul aceluiasi sistem. La baza autoreglajului stă mecanismul de conexiune inversă (feed-back pozitiv sau negativ) și relația de complementaritate dintre funcția de comandă și control. În funcție de mărimea de intrare și de variațiile acesteia, mărimea de ieșire este permanent corectată și redirecționată, datorită conexiunilor inverse. Organismele vii, ca orice sistem biologic, sînt sisteme cu autoreglaj. Aceasta condiționează permanenta lor adaptabilitate.

În sistemul psihic uman, autoreglajul este prezent la toate nivelurile, întreaga activitate psihocomportamentală putînd fi interpretată ca un sistem autoreglabil.

1316. **AUTOREPREZENTĂRI APERCEPTIVE** (cf. *auto-*; *représentation*) ● Denumite astfel de PETIT, în 1911, au fost redefinite și numite **HALUCINAȚII PSIHICE** de către BAILLARGER → **PSEUDOHALUCINAȚII**.

1317. **AUTORITARIST** (cf. fr. *autoritaire*) ● Grup experimental, în psihologia socială, în care toate deciziile sînt luate de lider (K. LEWIN). Personalitatea autoritaristă caracterizează indivizi dependenți psihologic de ierarhii puternic conturate ale autorității instituționalizate.

1318. **AUTORITATE** (fr. *autorité*; cf. lat. *autoritas*) ● Impunere a unei influențe de către un subiect sau instituție asupra altora, cu scopul ca aceștia să i se conformeze fără a-și exprima neapărat punctul de vedere. Autoritatea este necesară pentru funcționarea unor grupuri sau organizații. Puterea se poate exercita prin constringere, dar fără autoritate, aceasta din urmă reprezentînd, în general, un consens între cel care o exercită și cel care o acceptă. Autoritatea este tot atît de importantă în dezvoltarea copilului, ca și afecțiunea. Lipsa autorității parentale generează neliniște și insecuritate, aceasta avînd nu numai semnificație punitivă, ci în primul rînd — protectivă. Autoritatea educativă este calitatea unei persoane sau instituții de a avea ascendenți de credibilitate și încredere față de copii sau tineri, de a-i domina astfel, de a se impune și obține din partea acestora recunoașterea rolului lor educativ. Rezultă din exemplul personal pozitiv, comportare adecvată, competență profesională și pedagogică, exigență și spirit de răspundere, dragoste și grijă față de cei educați, dăruire de sine (P. POPESCU-NEVEANU).

În sociologie, autoritatea, ca raport psihosocial, poate îmbrăca aspectul formal-legal (legitimitatea, poziția și capacitatea de a sancționa) și funcțional (competența profesională, inteligență și contacte sociale, experiență de conducere), cele două forme putînd să coexiste (cînd ultima o susține pe prima) sau să se excludă (cînd ultima este în competiție cu prima — A. TUCICOV-BOGDAN). După unii autori ar exista autoritate de poziție (puterea de control conținută în poziția socială respectivă și nu deținută de persoana care are rolul respectiv), a cărei esență este birocratică, bazată pe sancțiuni și are viabilitate limitată (PEABODY), și autoritate de competență (poziția de conducere este acoperită prin competență și tehnicitate, fiind acceptată formal de subalterni). Ar mai fi o autoritate bazată pe calități personale, ce caracterizează liderul real. Cînd prima este susținută de ultimele două, ea devine extrem de puternică și eficientă social, generînd (A. TUCICOV-BOGDAN) și o bună percepere socială a ei de către subalterni.

1319. **AUTORITATE** — complex ● Complex cu originea într-un grup de emoții legate de anumite experiențe dureroase petrecute timpuriu, în perioada copilăriei, în relația cu autoritatea. Aceste experiențe neplăcute, precum și afectele care le-au însoțit au fost reprimare sau refutate, iar materialul refutat a dat naștere la ceea ce psihanaliztii au numit complex de autoritate. Persoana având acest complex se poartă cu autoritatea așa cum s-a purtat în perioada acelor prime experiențe, fără ca persoana să fie conștientă de semnificația conduitei sale. Complexul de autoritate apare în special la pacienții nevrotici și se manifestă fie în atitudini rebelle împotriva autorității, fie în atitudini exagerat submisive.

1320. **AUTOSADISM** (cf. gr. *auto-* „sade „nume propriu, scriitor francez”) ● Perversiune constind (după PREDSCU) în obținerea satisfacției sexuale prin autoturture. Este o formă de perversiune extrem de rar întâlnită.

1321. **AUTOSCOPIE** (cf. *auto-* și gr. *skopein* „a privi”) ● Perceperea de către subiect, ca într-o oglindă, a imaginii propriului său corp, proiectată, în afara lui, în spațiul perceptual și poate fi considerată drept o halucinație de tip vizual. Caracteristica ei este nu numai convingerea subiectului în perceperea imaginii corporale, veritabilă halucinație vizuală, ci, după cum insistă și LHERMITTE, și sentimentul de apartenență a acesteia la „Eul „fizic și moral”.

După SOLLIER, se pot distinge două forme de autoscopie :

● Autoscopie externă — sin. HEAUTOSCOPIE ; DEUTEROSCOPIE ; HALUCINAȚIE AUTOSCOPICĂ —, în care subiectul are percepția vizuală a propriului corp, parțial sau în totalitate — o adevărată senzație a dublei sale imagini, pe care o trăiește cu anxietate — așa-numită „imagine dedublă”. Se consideră că poate avea origini îndepărtate în „inconștientul colectiv” și apariția ei implică un acompaniament afectiv (groază sau surpriză) sau poate fi „trăită” cu detașare, cu critică și cu o conștiință particulară, care-i conferă caracterul de halucinoză. Autoscoopia externă apare în isterie, intoxicații cu substanțe halucinogene, stări confuzionale, stări de vis, fiind determinată de o tulburare de sinteză psihică, generând o dedublare a personalității și un sentiment de străniu, ceși găsesc reprezentarea vizuală în fenomenul autoscopiei externe.

● Autoscopie internă — sin. HALUCINAȚIE ENDOSCOPICĂ —, în care subiectul relatează percepția vizuală a unui sau mai multor organe ale corpului. Autoscoopia

internă se întâlnește în stările hipocondriace având drept cauză tot tulburări de sinteză psihică, dar se aseamănă adesea cu tulburările de schemă corporală; sechelare accidentelor vasculare neurologice.

În general, apariția autoscopiei presupune existența unor circumstanțe, cum ar fi : modificarea clarității cimpului de conștiință, stări de surmenaj, cind are caracter de halucinație hipnagogică, în halucinoză pedunculară, în sechele de encefalită epidemică parieto-occipitală, în psihastenie, epilepsie temporală, schizofrenie, intoxicații cu substanțe halucinogene. În stări hipocondriace uneori, pare să se înrudească cu tulburările de schemă corporală apărute după accidente neurologice. Cind fenomenul se repetă, poate atrage după sine, prin interpretare secundară, constituirea unui delir de influență sau de posesiune.

1322. **AUTOSEXUALISM** (cf. *auto-* și lat. *sexualis*) — sin. AUTOERASTIE ; AUTOFILIE
sin. → NARCIȘISM.

1323. **AUTOSOMATOAGNOZIE** (cf. *auto-* și gr. *soma* „corp” ; *gnosis* „cunoaștere”)
sin. → AȘOMATOAGNOZIE.

1324. **AUTOSUGESTIE** (fr. *autosuggestion* și v. lat. *suggestio*) ● Formă particulară de sugestie și proprietate general-umană, constind în autoinfluențarea propriului psihism și/sau a stării fiziologice, pe baza unei idei sau imagini mintale și a unor mecanisme inconștiente de „apărare” și de „întărire” a Eului. Spre deosebire de autosugestia spontană și de cea provocată (prin persuasiune din afară, realizată de o persoană calificată, sau prin hipnotism), autosugestia conștientă este un proces de educație a imaginației, realizat, în anumite condiții, cu participare voluntară scăzută, fie în scopul îmbunătățirii sau păstrării stării de sănătate amenințată, fie în direcția ameliorării sau abolirii unor stări de disconfort psihofiziologic. După I. P. PAVLOV, explicația fenomenului constă în forța specifică de inducție-regia și control, a „cuvintului comandă” (reprezentare sau idee) care devine dominant (concentrarea excitației într-un anumit punct al emisferelor cerebrale), inhibind zonele adiacente și, în aceeași măsură, putind provoca orice fel de reacție, izolat de celelalte influențe. Deși pune în joc aceleași mecanisme subconștiente ca și sugestia, lipsesc o serie de factori adjuvanți, ca încălzura emoțională și convingerea suscitată de o autoritate exterioară subiectului (specialistul). Aceste cărențe sînt compensate, în autosugestie, de posibilitatea exercițiului independent, a antre-

namentului, prin care subiectul devine propriul său stăpîn și terapeut. Așadar, o altă accepțiune a autosugestiei este cea de metodă terapeutică. Avîndu-și originea în practicile yoga, care au demonstrat performanța autoreglajului mintal în sfera proceselor vitale, autosugestia, ca metodă de rezistență la stări morbide sau ca instrument curativ, a fost fundamentată și aplicată terapeutic, independent de celelalte metode psihoterapeutice, pentru prima dată de chimistul și farmacistul francez Emile COUÉ (1851—1926). Pentru acesta și pentru ceea ce, în psihologie, este cunoscut sub numele de „noua școală de la Nancy”, autosugestia se produce prin jocul următoarelor legi :

- orice imagine (idee) tinde să se realizeze integral prin transformare, sublimare sau refulare ;
- se realizează imaginea care predomină ;
- convingerea determină sugestia, prin faptul că neutralizează sugestiile contrare ;
- cînd imaginația și voința sînt în conflict, imaginația învinge întotdeauna, puterea ei fiind în proporție directă cu pătratul voinței, iar cînd sînt de acord, puterea lor se multiplică (legea rezultatului opus efortului, după cum o numește Ch. BOU-DOUIN de la Universitatea din Geneva, legea efortului convertit).

Principiul metodei lui E. COUÉ s-ar rezuma astfel : „cînd două idei domină spiritul, va fi învinsă aceea ale cărei mijloace inconștiente de realizare vor fi paralizate de mijloacele conștiente pe care voința le substiuie celor inconștiente, iar cea care învinge devine adevăr pentru noi și are tendința să se transforme în act”. Așadar, metoda de autosugestie conștientă constă în concentrarea neefortată asupra unei singure idei (imagini) și repetarea ei. În acest sens, există formule generale și, în funcție de diversele suferințe psihosomatice, autosugestii speciale. Metoda se învață și apoi se practică independent. Metoda lui COUÉ a făcut vîlvă în lumea întreagă, în primele decenii ale secolului al XX-lea, fiind aplicată, datorită simplității ei, în multe clinici din Europa și S.U.A. Ulterior, procedeele de autosugestionare s-au diversificat, conștind fie în fixarea unui punct luminos, fie în concentrarea asupra unui zgomot continuu sau asupra unei imagini mintale.

Indicațiile terapiei prin autosugestie sînt multiple, cu predilecție în stări reactive și nevroze. Autosugestia este și o proprietate a psihismului uman, care poate fi exploatată la maximum, în scopul echilibrării vieții și activității cotidiene și a celei de performanță.

1325. **AUTOTELIC** (cf. gr. *autoteles* „complet sau perfect în sine, suficient lui însuși”) ● Ceea ce își este sieși scop, purtînd în sine propria finalitate immanentă. După BALDWIN, GROSS ș.a. jocul poate fi apreciat ca o activitate specifică copilului, care are un scop în sine, și anume pregătirea pentru viață. Tot așa, pentru esteticienii autonomiști, arta și creația artistică sînt autotelice, în sensul autonomiei absolute a acestora față de realitatea obiectivă de, manifestări ale spiritului uman, cu o finalitate în sine și în sens restrîns, definește o tendință sau un profil caracterial al cărui specific este dat de predominanța, în ansamblul de scopuri personale, a mecanismelor de autoapărare, autoprotecție și autodezvoltare.

1326. **AUTOTOMIE** (cf. *auto-* și gr. *tome* „tăiere, secționare”) ● Comportament aberant al subiectului, în cadrul întîrzierilor mintale grave, demențelor, epilepsiei, schizofreniei, conștind în automutilarea prin secționarea unui segment al corpului : deget, mînă, ureche, nas etc. Termenul, extrapolat în psihiatrie din zoologie, de către FERENCZI, nu mai prezintă astăzi decît interes istoric → AUTOMUTILARE.

1327. **AUTOTOPOAGNOZIE** (cf. *auto-* și gr. *topos* „loc” ; *gnosis* „cunoaștere”) ● Termen introdus de Friedl PICK, în anul 1896, pentru a delimita un defect de percepție și integrare ce face imposibilă localizarea unui segment al corpului. Este o agnozie de schemă corporală, ceea ce presupune respectarea elementelor definitorii ale agnoziei. Autotopoagnozia este adesea asociată cu hemianopsia (ROGER) și cu pierderea orientării dreapta-stînga (sindrom Pick).

1328. **AUTOMUTILIRE^(D) delir** (cf. *auto-* și a umili : v. lat. *humiliare*) ● Convingere puternică, impenetrabilă, la argumente logice sau la probe obiective din realitate, pe care o are subiectul, referitor la sine. Subiectul se consideră lipsit de orice valoare, în propriii săi ochi sau ai semenilor săi, inferior și demn de dispreț. Delirul modifică, pe lingă imaginea despre sine, și comportamentul subiectului, care refuză orice ajutor din partea celor apropiați, se înjosește, refuzînd mîncarea sau concediul medical pe durata spitalizării, umblind în zdrențe, pe motiv că nu merită nimic din toate acestea. Fondul afectiv este dominat de depresie intensă. Tabloul clinic descris poate fi comun atât schizofreniei, cît și psihozei depresive.

1329. **AUTOVALORIZARE** (cf. *auto-* ; fr. *valoriser* „a da valoare”) → **APRECIERE** ; **AUTOAPRECIERE**.

1330. **AUXILIAR EGO** (lat. *ego* „eu” ; cf. lat. *auxiliarum* „de ajutor”) ● Termenul a fost creat de J. L. MORENO în 1937, pentru a defini o persoană sau grup de persoane care, în psihodrama de tip morenian, reprezintă pe cineva sau ceva din experiența subiectului. Ego auxiliar poate fi și un actor profesionist, care să ajute în procesul de intercomunicare terapeutică din grupul psihodramatic. Considerăm util să-l cităm pe MORENO, în definiția sa originală: „un individ care se identifică pe sine însuși, în mod conștient, cu tot ceea ce constituie expresiile și scopurile celuilalt subiect, amenințând astfel Ego-ul subiectului”. Ego-ul auxiliar, acționând în sprijinul subiectului, este o veritabilă prelungire sau extensie a Ego-ului subiectului. Un Ego auxiliar care acționează la nivel instinctiv are funcția numită „alter ego”. Aceasta se poate exemplifica în relația mamă-copil, între prieteni, între îndrăgostiți și este o modalitate folosită de psihodramă, cu valoare psihoterapeutică. În același sens, psihiatrul care îngrijește un subiect aflat într-o situație conflictuală interpersonală joacă rolul de Ego auxiliar față de două sau mai multe persoane implicate conjunctural.

1331. **AUZ** (cf. lat. *audire* „a auzi”) ● Funcția percepției stimulilor acustici prin intermediul urechii. Senzațiile auditive sînt rezultatul modelării sunetelor (vibrații mecanice care se propagă prin mediul gazos, solid sau lichid), care constituie, ca și imaginile pentru vîz, sursa de informații cea mai bogată și complexă pentru om, respectiv modalitatea de prim ordin prin care oamenii pot comunica între ei. Urechea umană este sensibilă la proprietățile vibratorii cu o frecvență cuprinsă între 16—20 000 Hz, numai aceste sunete producînd o perturbație locală la nivelul mecanoreceptorilor specializați, care se transmite, prin comprimări și dilatări succesive ale particulelor mediului, ca undă elastică. Nici unul dintre teoriile asupra auzului, asupra modului în care se transmit, de fapt, potențialele de acțiune, nu a fost încă fundamentată cu precizie, presupunerile vizînd : ciliile celulelor Corti, acetilcolina, potențialele membranelor cohleare, modificările de conductibilitate între rampele cohleare de potențiale diferite etc. (teoria localizării cohleare, teoria rezonanței, telefonică, teorii mixte, teoria vooelare de influx). În ceea ce privește tulburările auzului, trebuie amintite : presbiacuzia (senescența auditivă, care semnifică reducerea

funcției auditive, începînd uneori chiar de la vîrsta de 20 de ani), hipoacuzia și surditatea, hiperacuzia.

În psihiatrie, auzul este frecvent implicat în patologia nevrotică sau psihotică sub forma :

- iluziilor auditive (în condiții de surmenaj, stimulare monotonă, lipsă de senzorială) ;
- halucinațiilor auditive (în psihozele schizofrenice, sindroame paranoide, depresive, parafrenii, psihoze alcoolice acute și cronice, dezvoltările prevalente prin izolare socială, delirul de persecuție al surzilor și hipoacuzicilor) ;
- surdității isterice (reacție, nevroză, psihopatie isterică).

1332. **AUZOUY** *Téodore-Eugène-Henry-Guillaume* (1819—1879) ● Poate fi considerat primul psihiatru care a efectuat și publicat studii epidemiologice — în sensul actual al noțiunii — privind cretinismul. Studiile sînt rezultatul celor 18 ani de activitate (1860—1878) ca director al Azilului Pau.

1333. **AVALANȘĂ** — efect (fr. *avalanche*) ● Model atribuit de CAJAL legii prin care este distribuită energia în sistemul nervos. Calea pe care o parcurg, de la periferie, stimulii senzoriali, pentru a ajunge să constituie un stimul nervos, se continuă, la acest nivel, cu alte căi, care facilitează descărcarea energiei nervoase, respectiv actul reflex. Savantul spaniol presupune că atunci cînd aceste căi de eliberare a energiei nervoase sînt, dintr-un motiv sau altul, închise, energia este nevoită, implicit, să „se reverse”, ca o masă mare de zăpadă care se rostogolește către vale. Acesta ar putea fi și mecanismul de descărcare neuronală din epilepsie (forma genuină, cu leziuni ale cornului Amon și cea asociată cu idioție). Mecanismul ar implica o acumulare de energie nervoasă, ducînd la izbucnirea unei descărcări explozive de mare amploare a acestei energii.

În psihologie, acumularea de afecte presupune (SZONDI) tot un astfel de mecanism.

1334. **AVANTYL**^(M) Mexic — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10-11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo[a,d]cicloheptan-Δ⁵-γ-propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.

1335. **AVARIȚIE** (cf. lat. *avaritia* „lăcomie”) ● Semnifică o exagerare a instinctului de conservare (în concepția lui DIDE și GIRAUD) ; după DUPRÉ, avariția este o pervertire a

instinctului de proprietate. Reprezintă una dintre trăsăturile esențiale ale caracterului obsesiv, psihastenicii fiind indivizi la care atașamentul pentru obiecte conferă banului o valoare simbolică. Banul permite acumularea,



Gobseck

șiguranța, autoritatea. Fcărte frecvent, avariția se combină cu colecționarișmul. Astfel, toate veniturile pot fi orientate în sensul unei singure preocupări, legate de colecționare, pentru tot ce este în afara ei adoptându-se o atitudine de avariție extremă. Un subiect care, pe de o parte, măsoară strict, în gospodărie, banul soției sale, pe de altă parte, se poate ruina pentru a-și satisface pasiunea de colecționare. Punctul de vedere psihanalitic situează avariția alături de colecționarișm, printre regresile la stadiul anal, în cadrul caracterului sadico-anal al personalității obsesivului. Tendința avarului de a impune și anturajului anumite restricții a fost interpretată ca o formă de agresivitate. Uneori, aparent paradoxal, poate apărea, reactiv, tendința spre cheltuieli și acte de filantropie nejustificate. Avariția este foarte frecventă în cursul demențelor senile — în care, combinată cu pierderea capacității de judecată, poate duce la tulburări de comportament social ce ridică probleme medico-legale. Poate fi mai rar întâlnită în anumite forme de melancolie, ca un derivat al ideilor de ruină. În anumite cazuri de paranoia, avariția este consecința convingerilor delirante. Unii autori (DELPIERRE)

o descriu în anumite forme de schizofrenie, în cadrul autismului sărac — variantă în care individul, retras din ambianță și repliat asupra sa, se simte bine într-o atmosferă de rigiditate și automatism, impusă de restricția asupra banului.

1336. AVAZEN^(M) Ecuador — DCI Diazepam
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1337. AVENARIUS Richard (1843—1896)
● Filozof idealist subiectiv elevatian; principala sa lucrare, „Critica experienței pure” (1888—1890), susține că toate obiectele și fenomenele lumii exterioare sînt senzații simple și complexe, și că materia nu ar exista fără gîndire, teză îndelung combătută de LENIN în „Materialism și empiriocriticism”.

1338. AVENTYL^(M) Anglia, Canada, S.U.A.
● Timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic sin.
→ NORTRIPTILINA^(M).

1339. AVERSAN^(M) R.F.G. — DCI Disulfiram
sin. → ANTALCOL^(M) România.

1340. AVERSIUNE (fr. *aversion*: v. lat. *aversio*) ● Repulsia, dezgustul, resimțite față de cineva sau ceva. Subiectul poate trăi psihic aversiunea față de obiectul care i-o provoacă și se poate manifesta prin conduite de evitare sau anihilare a acestuia. Aversiunea condiționată, ca parte componentă a terapiilor comportamentale (incadrate în psihoterapiile individuale), este utilizată atunci cînd un stimul aversiv este prezentat drept consecință a unui comportament și face să descrească în frecvență și intensitate acest comportament. Răspunsul nedorit dat la un stimul este inhibat prin prezentarea simultană a unui alt stimul, care provoacă un răspuns puternic de evitare. Reacția care se condiționează astfel constituie un răspuns punitiv. Aversiunea condiționată are la bază principiul condiționării pavloviene. Metoda este indicată în toxicomanii, fobii, nevroze motorii, deviații sexuale. Tehnicile prezintă o mare varietate, dar în mod curent se utilizează mijloace chimice (de exemplu, probele de aversiune din cursul dezintoxicării etilice folosesc apomorfină, disulfiramul, metronidazolul) și fizice (de exemplu, soneria din deconținerea enurezisului, curenții faradici etc.).

1341. AVERSIUNE CŢONDIŢIONATĂ ^{sin.}
DEZGUST — cura.

1342. AVEX^(M) Italia — DCI *Diazepam*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

1343. AVIAŢIE (fr. *aviation* ; v. lat. *avis* „pasăre”) ● Dezvoltarea fără precedent a mijloacelor de transport aeriene, cu toate avantajele pe care acestea le prezintă, ca şi folosirea aparatelor de zbor ca mijloace de luptă dintre cele mai perfecţionate, a ridicat nu numai probleme tehnice, ci şi umane, iar dintre acestea, cele legate de adaptare şi de consecinţele psihice ale zborului sînt de prim ordin. Tulburările psihice ale aviatorilor sînt legate, pe de o parte, de hipoxia cerebrală, pe de altă parte, de modificările induse de acceleraţia rapidă (modificarea indicelui gravitaţional G), mai ales în aviaţia militară. O altă serie de tulburări, de data aceasta mai reduse, apar în legătură cu suprastimularea senzorială, prin efectele propriu-zise ale zborului. Hipoxia cerebrală apare la zborul la înălţimi mari şi se poate manifesta prin greaţă, cefalee, tahicardie, ca fenomene curente, la care se pot adăuga: incoordonare, lentoare, bradipsihie, instabilitate emoţională şi impulsivitate. Se pot înregistra şi episoade confuzionale. Desfăşurarea unei activităţi îndelungată în condiţii de mare altitudine poate fi urmată de instalarea unei stări depresive şi de tulburări hipnice grave. Particularităţile deplasării în spaţiul tridimensional imprimă aspecte specifice în ceea ce priveşte senzorialitatea, legate de poziţia reală în spaţiu. Falsel percepţii de poziţie sînt legate de imposibilitatea integrării percepţiilor somestezice şi labirintice în lipsa informaţiilor vizuale (adevărata „cirjă luminoasă”), aceasta mai ales în cadrul zborului pe supersonice, în condiţii grele. Altă serie de tulburări este legată de deplasările lungi transmeridiane, care desincronizează ceasurile „exogen” şi „endogen”, prin modificarea fuselor orare. Aceasta se manifestă prin fenomene de oboseală accentuată, tulburări hipnice, scăderea performanţelor (mai accentuată în zborul spre vest decît în cel spre est — ULLNER, KUGLER, TORRES), iritabilitate, scăderea capacităţii de autocontrol. Tulburările psihice pot apărea nu numai la piloţi, ci şi la restul personalului de bord şi chiar la personalul de comandă şi control de la sol, manifestîndu-se prin stări de anxietate, iritabilitate, scăderea atenţiei.

1344. AVICENA (ABU ALI al HUSEIN IBN SINA) (980—1037) ● Figură excepţională de medic şi filozof, „floarea culturii arabe” q de origine persană (tadjik), începe de la 16 ani studiul medicinei, repurtînd remarcabile succese. Ţşi desăvirşeşte pregătirea ştiinţifică în marile biblioteci ale timpului, căpătînd o puternică orientare hipocratico-galenică. Va lăsa 300 de lucrări, dintre care de o decesebită



Avicena

valoare este „Canonul ştiinţei medicale” („cea mai frumoasă din operele medicale alcătuite vreodată” — OSLER). Această carte fundamentală a medicinei evului mediu se va publica în zeci de ediţii în latină şi ebraică şi va fi folosită ca manual în universităţile europene pînă în secolul al XVIII-lea. În capitolul al treilea al acestei lucrări, autorul citează cauzele bolilor psihice astfel:

- apostemele unei părţi ale creierului (frenesia, letargia) ;
- afecţiuni antrenînd o perturbare a gîndirii: alienaţia spiritului, confuzia raţiunii, şupiditatea, tulburările de imaginaţie sau memorie, mania, melancolia (licantropia şi dragostea) ;
- afecţiuni antrenînd tulburări ale mişcărilor.

AVICENA va avea, de asemenea, o importantă contribuție la dezvoltarea concepțiilor psihiatrice prin lucrarea „De anima”.

„Prințul medicinei”, cum îl numeau contemporanii, rămâne un precursor de valoare și în ceea ce privește terapia, în care a încercat cu succes introducerea psihoterapiei de susținere.

1345. AVICOL^(M) R.F.G., AVIPRON^(M) Polonia — DCI Clorfentermină ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip p-clor- α , α -dimetilfenetilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

1346. AVITAMINOZE (fr. *avitaminose*: v. α - $\frac{1}{2}$ lat. *vita* „viață” și fr. *amine* „amină”) ● Afecțiuni generate de insuficiența sau lipsa din organism a uneia sau mai multor vitamine. Sînt cunoscute încă din antichitate, cînd călătoriile îndelungate pe mare au făcut ca ele să se manifeste, inițial, sub forma unor monovitamineze, apoi, cu timpul, sub forma unor sindroame pluricarentiale, apărute în condițiile de deprivare nutrițională create de război sau lagăre de exterminare. În ultimii ani, clinica le întîlnește ca urmarea autosupunerii la diferite cure de slăbire aberante, administrării incorecte și îndelungate a izoniazidei, în diverse boli, ca urmare a autoingrijirii deficitare a bătrînilor, a bolnavilor psihici gravi, la alcoolicii care nu-și mai refac rezervele vitaminice printr-un aport adecvat (categorie cu care psihiatrul intră cel mai frecvent în contact), la bolnavii cu afecțiuni gastrointestinale cronice și de malabsorbție (orice boală organică este devitaminizantă) și postoperator, în cazul unei alimentări parenterale de lungă durată.

Tabloul psihopatologic comun situațiilor de malnutriție cronică include: apatie, instabilitate emoțională, lentoare psihomotorie, scăderea memoriei și chiar manifestări de tip acut, acestea solicitînd psihiatrului efectuarea unui examen clinic minuțios, care să descopere și alte elemente ce vor întregi diagnosticul. Dintre toate vitaminele, deficiențele privind vitamina PP și complexul vitaminic B reprezintă cauza patogenă cea mai frecventă în bolile neuropsihice. Principalele tipuri de avitamineze sînt:

● Deficitul de tiamină (vitamina B₁) realizează tabloul bolii beri-beri, care cuprinde tulburări neurologice, cardiovasculare și psihice și iritabilitate, labilitate emoțională, hipoprosexie, anorexie (în deficite cronice sau

severe) și polinevritele cu potențial paralic din beri-beri, alcoolismul cronic și alte intoxicații sînt produse tot prin scăderea în organism a vitaminei B₁, fenomenele psihice fiind aici pe planul doi. Dacă lipsa acestei vitamine se înregistrează brusc, se instalează tabloul encefalopatiei Gayet-Wernicke. Delirium tremens și sindromul Korsakov al alcoolicilor recunosc același mecanism de deficit polivitaminic, în special de tiamină și niacină. Encefalopatia Gayet-Wernicke se exteriorizează prin oftalmoplegie, scăderea memoriei, confabulații, apatie, demențiere progresivă, ataxie, îngustarea cîmpului conștiinței pînă la comă. Deși atribuită de obicei alcoolismului, această afecțiune neuropsihică acută poate surveni însă și în condițiile anemiei pernicioase, a unui carcinom gastric, a unei sarcini toxice sau a denutriției severe. Anato-mo-clinic, leziunile de poliencefalită hemoragică sînt situate la nivelul corpiilor mamilari, în jurul ventriculului III și în nucleul dorso-medial al talamusului. Investigațiile paraclinice: EEG fără modificări, lichidul cefalorahidian modificat, cu creșterea proteinelor, creșterea concentrației acidului piruvic în sînge.

● Deficitul de riboflavină (vitamina B₂) realizează tulburări hemoragice la nivelul mucoaselor, cărora li se adaugă o simptomatologie asemănătoare cu a pelagrei. Se însoțește de astenie fizică și psihică, posibil episoade delirante.

● Deficitul de piridoxină (vitamina B₆) realizează o neuropatie periferică, observată la bolnavii de TBC tratați cu izoniazidă și la alcoolicii cronici, ca și la copiii cu crize epileptice cu răspuns favorabil la administrarea vitaminei B₆ (HUNT, 1954) și tabloul psihic, slab conturat în ansamblu, este dominat la copii de prezența unor convulsii neremisibile prin tratament anticonvulsivant, dar care cedează spectaculos la administrarea vitaminei B₆. Administrarea de lungă durată a piridoxinei nu mai permite apariția convulsiilor, iar întreruperea ei duce la reparația lor.

● Deficitul de ciancobalamină (vitamina B₁₂) duce la instalarea unor tablouri clinice de intensitate psihotică, denumite de SMITH (1960) „nebulia megaloblastică”, ce pot îmbrăca forma clinică a depresiei, a sindromului paranoid sau a sindromului confuzional. Descrisă inițial de ADDISON (1849), care o consideră „rătăcire a minții, anemia pernicioasă rezultă din imposibilitatea celulelor gastrice mucoase de a secreta factorul intrinsec necesar unei absorbții intestinale normale a vitaminei B₁₂ și se exteriorizează prin tulburări neurologice (80% din tabloul clinic) și anemie megaloc

blastică. Se apreciază că simptomatologia psihică poate preceda cu opt ani tabloul clinic. Azi se întâlnește mai frecvent o simptomatologie de tip nevrotic : anxietate, depresie, iritabilitate, scăderea atenției. În studiile sale, HUNTER aprecia că 20% dintre subiecții care solicitaseră o consultație psihiatrică pe o perioadă de opt ani, avuseseră o gastrectomie și prezentau anemie Biermer, fapt remarcabil și de noi (anual existind un număr ridicat de astfel de internări în secția de psihosomatică) și vegetarieni, bolnavii psihici cronici, bătrâni au deseori niveluri scăzute ale vitaminei B₁₂ în sânge. Sindromul neurologic poate fi de tip pseudotabetic și piramidal. Examenul singelui, punctia medulară, dozarea vitaminei în sânge și pozitivarea testului Schilling precizează diagnosticul.

● **Deficitul de acid folic.** Studiile comunicate de CARNEY (1967) și REYNOLDS (1970) au indicat scăderea foliaților în sângele depresivilor (la care se presupune că alimentația este deficitară), dar administrarea foliaților nu a dus la dispariția depresiei. Anemia pe care o realizează este asemănătoare cu cea parabermeriană, descrisă de BIERMER.

● **Deficitul de acid nicotinic** (vitamina PP) a fost descris, pentru prima dată, de medicul spaniol Gaspar CASAIDO ca „mal de la rosa” și deabia în 1915 i se recunoaște originea exclusiv alimentară. Descoperirea niacinei (a acidului nicotinic), în 1937, și a precursorului său aminoacidic, triptofanul, va oferi ulterior, și posibilitatea de profilaxie a pelagrei. Dacă deficitul vitaminei este sever, manifestările psihice sînt explozive, sub forma unui sindrom psihoorganic acut sau a encefalopatiei acute, a cărei patologie cerebrală este insuficient cunoscută (SYDEN-STRICKER, 1943, o aseamănă cu cea a lui WERNICKE). Formele grave, plurisimptomatice sînt, în zilele noastre, mult mai rare, în schimb formele zise „disociative” sînt frecvente : cefalee, insomnii, apatie, stări confuzionale sau delirante, însoțite sau nu de ataxie cerebeloasă, neuropatie periferică (toate reversibile, sub tratament cu acid nicotinic, în 24 ore). Se cunoaște și o boală familială (HARTNUP), cu episoade de ataxie cerebeloasă, dermatite și tulburări psihice (prin deficit de absorbție și transport celular de triptofan). Din triada clinică clasică a pelagrei — diaree, dermatită, demență —, ultimul element este astăzi înlocuit cu tulburări nevrotice, psihotice sau comportamentale. LEICH descoperă, în 1952, că deficiențele nutriționale în vitamina PP duc la leziunile celulelor Betz (cromatoliză) din cortexul motor. Circumstanțele de apariție a pelagrei sînt : nutriția deficitară în ouă, lapte, carne,

cereale ; alcoolismul, leziunile de la nivelul intestinului și bolile psihice cronice.

● **Deficitul de acid ascorbic** (vitamina C) este semnificativ prin implicarea sa în transformările pe care le suferă în organism diverse substanțe, ca aminoacizi, steroizi, acid folic. Carența determină afecțiunea denumită scorbut, tulburările psihice fiind mai ales consecutive anemiei care se întâlnește în această afecțiune.

● **Deficitul de calciferol** (vitamina D) generează o serie de tulburări psihice de tipul hipocalcemiei și tetaniei, prin perturbarea metabolismului calciului și fosforului.

● **Deficitul de tocoferol** (vitamina E) produce, pe lângă manifestările de la nivelul gonadelor, perturbări în metabolismul muscular și nervos, citindu-se atrofia musculară progresivă, scleroza laterală amiotrofică, pseudotabes.

1347. AVITAMINOZĂ AFECTIVĂ → CARENȚĂ AFECTIVĂ.

1348. AVLOCARDYL^(M), AVLOCARDYL RETARD^(M) Franța — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propranololic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență și nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL^(M).

1349. AVOCALIE (cf. a- și lat. *vocalis* „care scoate sunete”) ● Apraxie selectivă, constând în incapacitatea de a cânta, de a fluiera sau de a fredona spontan sau imitînd note izolate sau melodii. Unii autori preferă termenul de AMUZIE MOTORIE.

1350. AVOMINE^(M) Anglia, Austria — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anti-histaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

1351. AVORT — *terapeutic* (cf. lat. *aboriri* „a pieri, a avorta”) ● Întreruperea cursului sarcinii, din considerente medicale și conform legislației în vigoare. Pornind de la jurămintul hipocratic : „nu voi da nici unei femei o prescripție abortivă” și pînă la problemele complexe socio-demografice ale realității zilelor noastre, medicina a luat în considerare și situația în care sarcina poate pune în pericol viața sau sănătatea mamei. Legislația țării noastre a inclus în prevederile sale și indicațiile psihiatrice de întrerupere a cursului sarcinii, care se referă atît la situații psihosociale cînd

sarcina este urmare a unui viol sau incest), cit și la situații privind transmiterea ereditară a unei boli grave sau care determină malformații congenitale grave. Astfel, afecțiunile psihice care beneficiază de avort terapeutic sînt următoarele :

- psihozele periodice procesuale sau cronice (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, delirurile cronice — parafrenice și paranoice) ;
- episoade psihotice acute (confuzive, schizoforme, paranoice, depresive, maniacale), care apar în timpul sarcinii sau cînd sarcina survine în primii trei ani de la remiterea unui proces psihotic diagnosticat și tratat într-o secție de specialitate ;
- psihoze organice cronice (toxice, infecțioase, traumatice) ;
- demențe de orice etiologie ;
- oligofreniile (idioția, imbecilitatea, debilitatea mintală accentuată) ;
- psihopatiile și stările psihopatoide (instalate în urma unor procese lezionale), cu comportament grav alterat și cu decompensări ce au necesitat cel puțin două internări anterioare într-o secție de psihiatrie.

Legislația altor țări a conceput în diverse modalități atitudinea față de avortul terapeutic, existînd, în acest sens, atitudini diferite. Astfel, în S.U.A., practic nu există argumentări legale ale avortului pe considerente ereditare, iar în statul New York doar pericolul suicidului constituie o indicație psihiatrică a întreruperii sarcinii. Nu rareori, sentimentul de vinovăție al femeii care a avortat ajunge să atingă un nivel psihotraumatizant mai intens decît sarcina și nașterea în sine, astfel că se tinde, în general, la o restrîngere a recomandărilor psihiatrilor pentru întreruperea gravidității ; se pare că repetarea episodului psihotic, apărut în timpul sau după o sarcină, cu ocazia altei sarcini, nu reprezintă o condiție obligatorie. În Anglia, avortul terapeutic a fost legalizat în 1967, luîndu-se în considerare riscul afectării fizice sau psihice a femeii gravide, riscul familial, riscul copilului ce s-ar naște handicapat. În majoritatea țărilor, există reglementări în acest sens : Suedia (elemente legislative, 1938 și 1946) permite avortul în cazul indicațiilor psihiatrice și psihosociale ; în mod asemănător este reglementată situația și în Danemarca și Norvegia. Unele țări (Elveția) au o legislație mai îngăduitoare iar altele nu au reglementări (U.R.S.S., Japonia). O situație mai deosebită o are problema întreruperii de sarcină în Franța. Încă din 1939, se consi-

deră că acordarea avizului pentru întreruperea terapeutică a sarcinii nu este justificată decît în cazul amenințării vitale pentru mamă. În ceea ce privește raportul sarcină/boală psihică, psihiatrii francezi sînt foarte reticenți, considerînd că, în general, nici o boală psihică (deși există cîteva excepții) și nici o terapie psihiatrică nu reprezintă contraindicații pentru menținerea sarcinii, nici chiar riscul suicidar nefiînd suficient de convingător pentru legiuitori.

1352. AVOSYL⁽³³⁾ S.U.A. — DCI *Mefenesin*

● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

1353. AXINTO⁽³⁴⁾ R.F.G. ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din :

- NOXIPTILINE⁽³⁵⁾ — antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- BUTAPERAZINE⁽³⁶⁾ — neuroleptic, derivat fenotiazinic. Are acțiune anti-depresiv-sedativă.

1354. AXIOLOGIE (cf. gr. *axios* „care are valoare, demn” și *logos* „vorbire, cuvînt”)

● Teoria valorilor / disciplină filozofică ce studiază statutul ontic, geneza, structura și ierarhia valorilor, precum și ansamblul relațiilor (cognitive, emoționale, praxiologice etc.) dintre subiectivitate și universul valoric. Reflecții cu caracter particular și nesistematic asupra unor specii de valori (etice, estetice, religioase, utilitare, vitale) sau privind criteriile ierarhizării lor într-un sistem, se pot întîlni încă în operele marilor gînditori ai antichității (PLATON, ARISTOTEL, SENECA). Necesitatea constituirii axiologiei ca discurs teoretic relativ autonom s-a ivit însă abia în secolul trecut, odată cu accentuarea tendinței specifice culturii moderne, de diferențiere și delimitare a speciilor creației valorice, reflectată în dezvoltarea eticii, esteticii, epistemologiei, filozofiei religiei și a altor discipline filozofice axate pe studiul amănunțit, expus într-un limbaj categorial specific, al cîte unui domeniu distinct de instituirii valorice. Axiologia se ivește ca teorie sintetică ce vizează elucidarea conceptului de valoare generică/matrice structurantă, care se diversifică și se ordonează ierarhic într-un sistem de valori particulare. Fundamentele axiologiei au fost elaborate, în secolul trecut, de către H. LOTZE, F. NIETZSCHE, A. von MEINONG, C. EHRENFELS, E. von HARTMANN ș.a. Contribuții esențiale în acest domeniu aparțin, în secolul nostru, școlii neokantiene de la

Baden (H. RICKERT, W. WINDELBAND), fenomenologului Max SCHELER, lui N. HARTMANN. Problema centrală și cea mai controversată a axiologiei privește raportul dintre valoare și valorizare; respectiv corelația asimetrică dintre instituirea valorică obiectivă și recunoașterea, prețuirea ei de către subiect. În funcție de soluționarea acestei probleme, teoriile axiologice se polarizează în două mari orientări :

● Concepțiile obiectiviste acordă prioritate corelatului supraindividual al aprecierilor valorizante, explicând valorizarea ca act de conștientizare și recunoaștere de către subiect a ceva independent și preexistent, act analog procesului de cunoaștere, încărcând de sens și gravitate problema adevărului și falsității judecăților de valoare. Privind valorile ca arhetipuri ideale, similare ideilor platoniciene (N. HARTMANN), ca „entități atemporale și supraindividuale (neokantienii de la Baden) sau ca pe niște corelate invariante, vizate de actele emoționale a priori (SCHELER), teoriile obiectiviste încearcă să edifice argumentativ un sistem absolut al valorilor, împărțind iluzia posibilității unei ierarhizări definitive și anistorice a sferelor de creație valorică.

● Concepțiile subiectiviste apreciază, dimpotrivă, că valorile se instituie prin actul subiectiv de evaluare, ghidat de criteriile „hic et nunc“ ale individualității ce nu se supune decit propriului dinamism sufletesc. Instaurind în mod suveran valorile prin preferințele sale, subiectul manifestă o spontaneitate neingrădită, astfel încît valorizarea nu este de natură cognitivă, ci normativă, ceea ce golește de sens problema adevărului/falsității judecăților de valoare. Neopozitivismul (R. CARNAP, L. WITTGENSTEIN, A. J. AYER) și reprezentanții filozofiei analitice (B. RUSSELL, E. G. MOORE, C. L. STEVENSON, S. TOULMIN) tratează valorizările drept simple proiecții asupra lumii obiectelor, situațiilor și evenimentelor exterioare, ale dorințelor, emoțiilor și voinței subiectului, ghidat de criteriul plăcerii și satisfacției individuale, astfel încît se exclude de plano posibilitatea oricărei tentative raționale de instituire a unui sistem ierarhic absolut de valori.

Ignorînd multă vreme axiologia, calificată drept o diversiune ideologică burgheză, lipsită de obiect autentic, gândirea marxistă contemporană a realizat progrese notabile în recuperarea acestui cîmp problematic, descoperind în lucrările lui MARX premisele fertile ale unei teorii a valorilor. Ocolind falsa dilemă obiectivism-subiectivism, axiologia marxistă raportează geneza, structura, funcționalitatea

și ierarhia valorilor la categoria fundamentală de praxis social-istoric, în și prin care omul modifică realitatea pe măsura nevoilor sale, lucrînd totodată asupra propriei subiectivități, care se îmbogățește neconștient cu noi trebuințe, aspirații și idealuri. Luînd munca drept paradigmă a „instituirii teleologice“ prin care se nasc valorile, G. LUKACS definește valorile drept proiecții în structuri materializate, ce dobîndesc permanență și subzistență independentă față de creatorii lor, a disponibilităților de creație pe care le-a cucerit umanitatea pe o anumită treaptă de evoluție. Ierarhia speciilor de valori nu poate fi absolută, deoarece istoria modifică rangul diferitelor forme de activitate și de creație, dar nu este nici arbitrară, căci fiecare context social își definește cu necesitate un orizont axiologic specific, în care se exprimă cu autritate supraindividuală ordinea dată a diferitelor sfere de activitate socială și modelele de acțiune prin care clasele și grupurile sociale înțeleg să își promoveze interesele și concepția despre lume.

Psihiatria își află un bogat cîmp de interferență cu cel al axiologiei, unul din principalele aspecte fiind faptul că orice afecțiune psihică modifică scala de valori a individului.

După o serie de autori, una din trăsăturile fundamentale ale bolii psihice ar fi potențialul său antiaxiologic. Bolnavul se dezinserează din sistemul general al valorilor pentru a se retrage într-unul deformat sau răsturnat, strict individual.

Nevroticul își pierde „adecvarea plastică și eficientă a insului la modelele fundamentale caracteristice societății în care trăiește“ (PAMFIL, OGODESCU, 1976), evitînd să se mai angajeze axiologic. Psihoticul este, de asemenea, aderentul unui model axiologic aberant, în care scala valorilor se află sub semnul aleatorului, într-o ordine nu numai absurdă, dar adesea indecifrabilă. Schizofrenul reifică lumea și se reifică pe sine însuși, retrăgîndu-se în izolarea și pustiiul autismului; depresivul refuză să mai ia cunștință de o posibilă organizare valorică a lumii care, privită prin perspectiva monotoniei afective, se aplatizează. Tot imposibilitatea de a construi o perspectivă este cea care-l împiedică pe maniacal să elaboreze un model axiologic; el trăiește doar într-un prezent hiperbolic, ca într-o analogie cu drama regelui Midas, care preface totul în aur, atît de banal și inutil în strălucirea sa ubicuitară. Demența și nedezvoltările mintale sînt prin definiție anxiologice. Și aici s-ar putea sublinia faptul că lipsa unui sistem organizat ierarhic sau incompleta lui desăvîrșire împiedică orice ordonare în

spațiul valoric al realului. O ultimă incursiune trebuie făcută într-o zonă de graniță a psihatriei, aceea a dizarmoniilor de personalitate. Acești subiecți sînt incapabili de a adera la sistemul de valori al societății, de a-și construi o traiectorie personală. Dizarmonicul se „dezangajează activ” din orice situație care ar impune coparticipare. Infirm al balanței persoană-lume (JANESCH), el se proiectează într-o lume personală, lipsită în primul rînd de criteriile etico-morale, fiind un „afazic în înțelegerea semanticii morale, un daltonist al valorilor binelui și adevărului” (PAMFIL, OGODESCU). Deși dizarmonicul nu intră, așa cum am spus, în sfera de interes a patologiei psihiatrice, el este cel mai autentic reprezentant al unei „boli de axiologie”, încercînd permanent să acordeze (dar în sens invers) sistemul de valori al societății la propriul său sistem.

1355. AXIOMĂ (cf. gr. *axioma* „preț, valoare”) ● Propoziție prin sine evidentă, nedemonstrată și nedemonstrabilă, ce stă la baza argumentării altor propoziții. În concepția lui ARISTOTEL, se deosebește de postulat — propoziție nedemonstrabilă, dar lipsită de certitudinea evidenței intrinseci. Avatarurile reflecției epistemologice au conferit axiomei o diversitate considerabilă de interpretări: enunț simplu, nedecompozabil în subunități independente cu sens (stoici, F. BACON) și certitudine metafizică, imposibil de respins (scolastici, DESCARTES, SPINOZA) și generalizare a faptelor de experiență prin inducție amplificatoare (J. S. MILL) și o simplă convenție necesară pentru construcția unui sistem formal (H. POINCARÉ). Progresele logicii matematice, în secolul al XX-lea, au sugerat o critică epistemologică profundă a statutului cognitiv al axiomelor, răpindu-le aura de infailibilitate potrivită unor adevăruri prime și indemonstrabile, privindu-le ca enunțuri ipotetice, a căror valabilitate este relativă la un sistem formal determinat și a căror valoare de adevăr este verificabilă indirect prin consecințele care decurg din ele.

1356. AXIOMATIZARE (cf. fr. *axiomatiser*) ● Metodă de reconstrucție a teoriilor științifice, prin expunerea lor argumentativă, ca sisteme axiomatiche. Un sistem axiomatic constă dintr-un număr de concepte introduse prin definiție (termeni primi), din citeva enunțuri fundamentale nedemonstrate, acceptate ca adevărate (axiome și postulate) și din cîteva algoritmi constructivi de transformare a enunțurilor (reguli de alcătuire a expresiilor corecte în sistemul dat și operatori

sau reguli de derivare a unor expresii din altele). Pe baza acestor premise, sistemul poate produce un număr finit de teoreme-enunțuri alcătuite numai din termeni introduși prin definiție, pornind de la termenii primi și de la cei anterior definiți și derivabile exclusiv din axiome sau postulate, în virtutea regulilor operaționale în sistem.

1357. AXIOTROPISM (cf. gr. *axios* „care are valoare, demn” și *tropos* „direcție, manieră, mod”) ● Omul este un „animal axiologic” fiind într-un univers de valori, pentru care, după E. SPERANȚIA, este dotat cu axiotropism. RICKERT afirmă că mediatorul între realitate și valori este cultura, cu toate implicațiile acestei aserțiuni. În acest context, sănătatea, boala, viața, moartea devin valori cu determinism social-istoric. BAUMGARTEN stabilește, în sens axiologic, o tipologie, în care „Werkgebunden” (omul care se sacrifică pentru realizări), este opus lui „Lebensgebunden” (epicurienii care se mulțumesc doar cu „plăcerile vieții”). De asemenea, relația bolnav/vindecător, în context axiologic devine mediată de bine, adevăr și frumos (PAMFIL, OGODESCU, WINDELBAND), pierderea axiotropismului însemnînd pierderea condiției umane.

1358. AXON (fr. *axone* și cf. gr. *axon* „axă, drum”) — sin. CILINDRAX și NEURIT ● Prelungire neuronală unică, cu diametru uniform și lungime apreciabilă, în care influxul nervos are un singur sens de propagare, de la corpul neuronal spre axon. Baza de implantare la corpul celulei poartă numele de con de emergență/originea. Structura cuprinde aceleași elemente ale citoplasmei neuronale și este învelit în două teci suprapuse: teacă de mielină și neurilema (teacă lui Schwann). Uneori teacă de mielină este atît de fină, încît nu se evidențiază la microscopul optic, motiv pentru care axonii au fost clasificați în mielinizați și nemielinizați. Mielinizarea reprezintă o perfecționare funcțională, mielina comportîndu-se ca un izolator, care nu permite scurgeri ionice și viteza de conducere a influxului nervos prin fibrele mielinice este mult mai mare decît în fibrele amielinice (100—120 m/sec., față de 0,5—2 m/sec.). Pe parcursul traiectului axonului se desprind citeva colaterale, dintre care colaterala recurentă are un important rol funcțional. Ea revine la neuronul de origine sau ia contact cu neuronii vecini, uneori prin intermediul interneuronilor. Aceștia au rol în procesele de inhibiție — prin activitate anticipativă (feed-forward), sau prin activitate retroactivă (feed-back).

1359. AXONALĂ — *Idioție* — sin. AMAUROTICĂ — *idioție*; DĒGENERESCENȚĂ NEURONALĂ INFANTILĂ & SPASTICĂ —

Idioție ^{sin.} → STEITELBERGER^(B) boală.

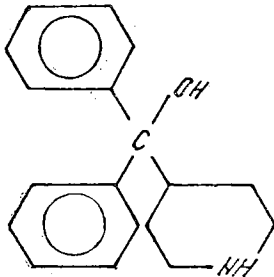
1360. AYERAMATE^(M) Spania — DCI *Me-probamat* ● Tranchilizant, derivat propan-diolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anti-convulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contra-indicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putându-se produce „un mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ME-PROBAMAT^(M).

1361. AYPNIE (cf. gr. *α- & hypnos* „somnia”)
 → AGRIPNIE.

1362. AZABON^(M) Anglia — DCI *Azabon* ● Psihotrop de tip 3-sulfanilil-3-azabicyclo[3,2,2]nonană, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă → PSIHOSTIMULENTE.

1363. AZACON^(M) Spania — DCI *Protipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-piridó [3,2-b] 1,4]-benzotiazină, cu acțiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare minore.

1364. AZACYCLONOL^(DCI) ● Derivat difenilmetan de tip α, α -difenil-4-piperidinmetanol, cu acțiune anxiolitic-sedativă, situat,



după unii autori, între tranchilizante și NL sedative. Indicațiile sînt cele ale tranchilizantelor, în general, cu bune efecte în delirium tremens și psihozele de involuție. Con-

stituie principiul activ a doi produși farmaceutici:

FRENÖTON^(M) Suedia
FRENQUEL^(M) Franța.

1365. AZAFENOTIAZINE — *derivați* ● Derivați fenotiazinici, avînd drept caracteristică înlocuirea nucleului benzoic clorurat cu un nucleu piperidinic, ceea ce conferă grupului efecte neuroleptic-sedative și antihistaminice variate. Astfel:

● *Protipendilul* are acțiune de tip neuroleptic sedativ, cu efecte secundare minime, constituind principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

AZACON ^(M)	Spania
DOMINAL ^(M)	Austria, Belgia, Danemarca, Franța, R.F.G.
DOMINAL FORTE ^(M)	R.F.G.
DOMINIL ^(M)	R.F.G.
PROSYL ^(M)	Japonia
TIMOVAN ^(M)	S.U.A.
TOLNATE ^(M)	Anglia, S.U.A.

● *Oxipendilul* are acțiune de bază antinistaminică și ușor sedativă, complementar. Constituie principiul activ pentru produsul PER-VETRAL^(M) R.F.G., S.U.A.

● *Isotipendilul* are o acțiune dublă: anxiolitic-sedativă și antihistaminică, ambele valențe fiind moderate. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

ADANTOL ^(M)	Brazilia
ANDANTOL ^(M)	Austria, Elveția, Franța, Italia, R.F.G.
ANDANTON ^(M)	Spania
NILÉRGEX ^(M)	Anglia
THERUHISTIN ^(M)	S.U.A.

1366. AZAM Charles-Eugène (1822—1899) ● După șapte ani de chirurgie (1848—1855), începe să se preocupe se psihiatrie, specialitate care îi va consemna numele atît pentru preocupările privind dedublarea personalității — termen introdus de el —, cit și pentru cele privind anestezia prin hipnoză, mai puțin originale, în măsura în care se întemeiază pe lucrările anterioare ale lui BRAID.

1367. AZAPHEN^(M) U.R.S.S. ● Antidepresiv timoleptic ^{sin.} → AZAFEN^(M) Iugoslavia.

1368. AZENE^(M) S.U.A. — DCI *Clorazepate monopotassium* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină-3-acid carboxilic monopotassium, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor sedativă.

1369. AZEPAMID^(M) Mexic — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică și are o singură contraindicație — miastenă.

1370. AZEPLYL^(M) Mexic — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

1371. AZIL (cf. gr. *asylon* „loc inviolabil, azil” și lat. *asylum* „refugiu”) ● Formă a asistenței psihiatrice laice, apărută și consolidată odată cu revoluția pineliană. Medicalizarea acestor instituții, anterior considerate un fel de locuri de refugiu (dar din păcate și de coerciție) pentru bolnavul psihic a dus la apariția unei noi specii de medic — alienistul și, în fapt, la nașterea psihiatriei ca ramură a medicinei. Azilul a reprezentat mult timp singura soluție de terapie instituțională, care a luat aspecte moderne după jumătatea secolului al XIX-lea. Mai mult, instituția azilară s-a hipertrofiat, ajungând în unele cazuri la dimensiuni enorme (mii de paturi — Anglia, Franța, S.U.A.). Apariția unor mijloace de terapie moderne, dezvoltarea conceptului de boală psihică, apariția ideii că zidul azilului apără dar și izolează bolnavul a dus, după jumătatea acestui secol (deci foarte recent) la căderea în desuetudine a acestei instituții-coloș. Deși ea a fost principala țintă de atac a anti-psihiatriei, care nu a făcut, în acest caz, decît să înregistreze un „fapt istoric”, au existat și păreri de un conservatorism extrem, care au încercat o apărare a acestui sistem, pe care îl identificau cu spitalul actual. Azilul a fost o instituție matcă necesară care și-a împlinit exemplar menirea. Deși a rămas în prezent doar o pagină de istorie nu trebuie uitat că aici s-a constituit baza de fapt și ideii care au permis actuala „deschidere a ușilor”, nu numai pentru bolnavul psihic, dar și pentru psihiatrie, către restul medicinei.

1372. AZOFILIE (cf. gr. σ -; zoe „viață”; *philia* „dragoste”) ● Perversiune sexuală constînd din provocarea excitației prin contemplarea unor obiecte cu semnificație erotică și se poate însoți de masturbare. O formă particulară a azofiliei poate fi considerată pigmalionismul.

1373. AZOTEMIE (cf. azot: gr. α - și zoe și *haima* „sînge”) ● Definește prezența în sînge a produșilor rezultați din catabolismul azotului (uree, urați etc.), la un nivel inferior (0,2—0,5 g‰) și depășirea acestui nivel realizează hiperazotemia manifestată clinic prin sindromul azotemic. Aceasta pare a fi o urmărire a afectării renale, dar poate apărea și în cazul icterelor, traumatismelor întinse și a unor afecțiuni digestive. Manifestările psihice sînt de o mare varietate (în funcție de nivelul hiperazotemiei), de la: astenie, cefalee, somnolență, insomnii, pînă la convulsii și comă uremică, explicată prin prezența produșilor toxici, rezultați din catabolismul azotat, dar și prin dezechilibrele hidroelectrolitice și acidobazice.

Azotemii de 3—4 g și chiar mai mult s-au constatat în delirurile acute, motiv pentru care acestea au fost denumite encefalite psihozice azotemice. Interesarea cerebrală din insuficiența renală cu hiperazotemie se datorește atât bolii, cit și factorilor vasculari, carentiali, metabolici și chiar terapeutici, pe care-l antrenează afecțiunea. Posibilitatea corecției metabolice rapide prin hemodializă face ca simptomatologia psihică azotemică să nu mai fie decît un accident, o manifestare a absenței unei intervenții terapeutice optime.

1374. AZOXODON^(M) U.R.S.S. — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Indicațiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

1375. AZUREN^(M) Belgia — DCI *Bromperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxi-piperidino-/4'-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE

BBBBBBBBBBBBB
 BBBB BBBB
 BBBB BBBB
 BBBB BBBB
 BBBBBBBBBBBBB
 BBBB BBBB
 BBBB BBBB
 BBBB BBBB
 BBBBBBBBBBBBB

1. **BABCOCK** — *indice* ● Indice de eficiență mentală stabilit în 1930 de H. BABCOCK („Une expérience dans la mesure de la détérioration mentale”), rezultat din raportarea nivelului mental evaluat pe baza unei serii de teste psihometrice, la nivelul considerat normal după etalonaje (nivelul „normal” este apreciat după rezultatele obținute la un test de vocabular). Diferența dintre cele două nivele reprezintă indicele de eficiență mentală al subiectului examinat. Indicele Babcock este util în psihologia clinică mai ales pentru evaluarea deteriorării psihice.

2. **BABENCOVA**⁽⁸⁾ *sindrom* ● A fost descris de autoarea sovietică BABENCOVA în 1967. Sindrom amnestic de tip Korsakov, la care se adaugă agnozognozie, „pseudomoria”, dezorientare spațială și a percepției temporale, excitație psihomotorie, tulburări de conștiință. Este legat de leziuni ale hemisferului drept.

3. **BABINSKI** Joseph-François-Felix (1857 — 1932) ● Personalitate medicală al cărui nume este legat de studiul neuronului și al fiziopatologiei lui. Prin amploarea și varietatea aspectelor abordate, poate fi considerat, în egală măsură, psihiatru, neurolog, neurochirurg, endocrinolog sau neurofiziolog. Născut la Paris în 1857, dintr-o familie de origine poloneză, își efectuează studiile medicale sub îndrumarea unor personalități de primă mărime: LEGRAND du SAUËLE, CORNIL, VULPIAN, RANVIER. Formația dobândită în domeniul anatomopatologiei va reprezenta un fundament solid pentru întreaga sa activitate. Își susține în 1886 teza, referitoare la scleroza în plăci, sub conducerea lui CHARCOT, în perioada efervescentei maxime în jurul conceptului de isterie. De aceea lucrările sale au fost puternic influențate — chiar și cele de neurologie — cu

concepția maestrului său asupra acestei boli. Modificările de nuanță și apropierea de școala de la Nancy nu se vor realiza decât în finalul evoluției sale și fără ca el să fie deplin conștient de acest lucru. În anul susținerii tezei, în



Felix-François-Joseph Babinski

aceeași clinică se afla și FREUD, dar drumurile lor vor avea aici unicul punct de tangență. O bună perioadă din activitatea sa (finalul secolului al XIX-lea — începutul secolului al XX-lea) este rezervată disputei cu BERNHEIM, care

poate fi numită „lupta pentru un statut corespunzător al conceptului de sugestie”. Victoria a fost obținută de BERNHEIM care a susținut (justificat) că sugestia depășește cu mult cadrul isteriei. Acest fapt nu a făcut însă din BABINSKI un învins, ci practic un al doilea învingător. Poate că victoria lui a fost posibilă tocmai datorită premisei greșite de la care a pornit, pentru că încercând să găsească cu orice preț suportul somatic al isteriei lui CHARCOT cu metodele proprii neurologiei și cu fundamentul fiziologic pe care-l posedă, el a dezvoltat semiologia neurologică. A corelat riguros examenul neurologic cu cel anatomopatologic, ajungând astfel, în 1896, la demonstrarea specificității semnului ce-i poartă numele, caracteristic în leziunile piramidale — element prezent astăzi în orice examen neurologic de rutină. În 1910, prin diagnosticarea în exclusivitate clinică a unei tumori medulare, confirmată și operată de P. LECÈNE, se semnează actul de naștere al neurochirurgiei franceze. În ciuda valorii sale, împiedicat de obtuzia unor contemporani, nu va îmbrățișa cariera universitară și a încercat acest lucru fără succes în 1892, la recomandarea lui CHARCOT, care vedea în el un posibil și motivat succes al său. Numele său va rămâne legat de domeniul în care maestrul de la Salpêtrière a excelat — diferențierea paralizilor funcționale de cele organice și introducerea termenului de pitiatism. În 1914 este ales membru al Academiei de Medicină.

4. **BABINSKI** — reflex ● Reflex, descris de autor în 1896, cu ajutorul căruia se pun în evidență leziunile căilor piramidale. Datorită importanței sale deosebite, este cunoscut și sub numele de „reflex patologic principal”. În literatura asiatică, deși este întâlnit sub numele de „reflexul evantaiului”, toți autorii îi recunosc paternitatea descrierii babinskiene.

În afara acestui reflex, autorul a mai descris alte două reflexe care îi poartă numele, dar care, spre a nu se crea confuzii, sînt numite în mod curent: reflexul radial invers (1910), care pune în evidență lezarea măduvei spinării la nivelul C₆ și reflexul de apărare — sin. BABINSKI-JARKOVSKI și REFLEXUL DE SCURTARE și REFLEXUL DE TRIPLĂ FLEXIE (1912), care pune în evidență leziuni extinse ale măduvei spinării.

5. **BABINSKI** — semn ● Un repertoriu de peste 20 de semne descrise de BABINSKI, din care zece au cunoscut consacrarea, fiindu-le recunoscută atât paternitatea cât și utilitatea:

- semnul pronației automate — în hemipareze
- semnul adiadocokineziei — în leziunile hemisferelor cerebeloase

- semnul agnosognoziei — în leziunile lobului parietal;
- semnul cerebelos (catalepsia cerebeloasă) — în leziuni ale cerebelului;
- semnul mușchiului subcutan al gîtului — în hemipareze;
- semnul flexiei excesive a antebrațului — în hemipareze;
- semnul complex flexor — în hemiplegie;
- semnul supinației (extremităților superioare) — în leziuni ale cerebelului;
- semnul auricular sau al vertijului voltaic — în leziuni ale labirintului;
- semnul ahilian — în sciatică (diminuarea sau abolirea reflexului ahilian), element absent în isterie și simulație, atât de util diagnosticului diferențial.

6. **BABINSKI-FRÖMENT** (9) sindrom — sin. **BABINSKI-MEIGE** (8) sindrom ● Sindrom caracterizat prin tulburări vasomotorii, trofice, de contractură musculară și impotență funcțională a segmentului respectiv și apar la extremitatea membrelor — mai ales la cele superioare — în urma unui traumatism, și sînt acompaniate de tulburări psihice, în care, pe prim plan, este agitația psihomotorie, însoțită de cefalee, insomnie.

7. **BABINSKI-FRÖHLICH** (8) sindrom — sin. **HIPOFIZOTALAMIC** (8) sindrom; **LANGERON** (8) sindrom; **LAUNOIS-CLERT** (8) sindrom → **ADIPOSO-GENITAL** (8) sindrom.

8. **BABINSKI-NAGEOTTE** (8) sindrom — sin. **SINDROM DE HEMBULB** ● Sindrom în care se realizează o adevărată trecere în revistă a semiologiei bulbare. Apare ca urmare a unui ramolism întins, consecutiv obliterării ramului terminal al arterei vertebrale. Clinic, se manifestă prin hemiplegie moderată pe partea opusă leziunii, cu respectarea feței, iar în partea leziunii, tulburări cerebeloase, precum: miozis, enoftalmie, nistagmus, paraliza vălului palatin. Prezent în arterioscleroza cerebrală, demență vasculară și mixtă.

9. **BABINSKI-VAQUEZ** (sifilis tardiv) ● Formă frustă de tabes, descrisă în 1901 de cei doi autori, constind în îngustarea pupilară, cu absența reflexului fotomotor, aortită disecantă, scăderea reflexelor rotuliene sau absența lor, simptomatica meningoencefalitei cronice.

10. **BABY** (2) test (engl. baby „copil”) ● Probe standardizate prin care se investighează nivelul dezvoltării psihice a copiilor de vîrstă preșcolară, larg utilizate în pediatrie.

Testele de dezvoltare (baby-test) au fost elaborate pe baza observațiilor riguroase și îndelungate efectuate asupra copiilor de vârste diferite (de la naștere până la etapa școlarizării) și vizează: studiul posturii și motricității (ridicarea capului și răsucirea trunchiului în primele săptămâni de viață; ridicarea în șezut și apoi în picioare până la sfârșitul primului an de viață etc.) și conduita manipulatorie a obiectelor din jur (apucarea, ridicarea, răsturnarea obiectelor, apoi căutarea lor în spațiul înconjurător — între 2 și 8—9 luni de viață) și achiziția limbajului (treptat ajunge ca în jurul vârstei de 2 ani să îmbine cuvintele prin prepoziții în propoziții) și conduita psihosocială (ride la persoane familiare, se sperie la apariția unor friguri noi reacționând prin plîns sau gesturi — atitudini ce se diferențiază treptat încă de la câteva săptămâni de viață).

Arnold GESSEL (1925) și Charlotte BÜHLER (1932) au realizat primele baterii de teste pentru explorarea dezvoltării psihomotorii a copiilor de vârste mici. Determinarea vârstei mintale și a coeficientului de dezvoltare la preșcolari se poate realiza și în baza altor baby-teste, de exemplu bateria elaborată de BRUNETTE-LÉZINE.

11. BACARATE^(M) S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+) -3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, prezențitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală și contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

12. BACCHUS ● Zeul roman al vinului, vitei de vie, betiei, corespondent al zeului grec Dionysos, numit și Nyctelius (Nocturnul), deoarece orgiile se desfășurau de obicei noaptea. El apărea însoțit de preteșele bacante și sărbătoarea vinului (a culesului) poartă denumirea de Bacchonia. Este primul zeu care a avut de suferit din pricina „legiilor omenești”. Senatul roman interzice bacanalile — din motive lesne de înțeles — în 186 î.e.n. și aceasta pare a fi prima măsură legislativă mai importantă împotriva alcoolismului.

13. BACILOFOBIE^(P) (cf. lat. *bacillum* „bățior” și gr. *phobos* „frică”) ● Astăzi acreditarea termenului este aceea de teamă nejustificată, exagerată, patologică față de bacili, de bolile provocate de aceștia. A fost descrisă inițial în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, ca teamă nejustificată față de bacilul Koch și de o posibilă contractare a bolii. Este rară „astăzi”, REGIS considerînd-o una din „fobiile moarte”. Este de fapt o formă particulară de NOSOFOBIE^(P) →.

Subiectul este într-o permanentă alertă, adoptînd reguli exagerate de igienă individuală, studiază tratate de boli infecțioase și și analizează atent orice semn subiectiv care, deși în realitate nesemnificativ, devine pentru el unul din simptomele posibile ale bolii respective. Întîlnită rar în nevroza obsesivo-fobică, este mai frecventă în decompensările personalităților psihastenice și în cazul intelctelor de limită. Este rezultatul fie al lipsei de instrucție, fie al structurii particulare a personalității.

14. BACNIN^(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziecelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).



Francis Bacon

15. BACON Francis (1561—1626) ● Filozof materialist englez și prin viziunea pe care o propune își deșanșează mult epoca, depășind stagnarea scolastică și metoda deductivă.

În 1620 stabilește în „*Novum Organon*” regulile formale ale experimentării. El definește observația naturii ca o condiție fundamen-

tală pentru experimentul științific. Natura nu poate fi stăpinită fără a fi cunoscută, iar scopul științei nu este doar de a constata calitățile ființelor și ea trebuie să stabilească cauzele care produc anumite efecte (vere scire per causas scire). El imaginează așa numitele tabele de prezentare care îi permit compararea faptelor naturale pentru a le descoperi esența. BACON credea că dacă poate izola calitățile lucrurilor și le poate combina în diverse proporții ar putea obține chiar lucrurile (P. JANET). El va face o trecere în revistă a erorilor spiritului, pe care le numește „idoles”: idola tribus — datorată naturii umane și idola specus — datorat spiritului individului și idola fori — datorat limbajului și deformărilor sale; idola theatri — datorat erorilor sistemelor filozofice.

Lucrările sale principale sînt: „De sapientia veterum” (1609); „De principiis atque originibus” (1620); „Historia naturalis et experimentalis ad condensam philosophiam sive”, „Phaenomena universi” (1622), „De dignitate et augmentis scientiarum” (1623).

16. BAELEZ — paralizie emoțională — sin. STUPOARE AFFECTIVĂ ● Formă a stuporii psihogene, care apare la stimulii supraliminali ai sistemului nervos. Cazurile princeps au fost descrise în 1901 cu ocazia unor cutremure de pământ din Japonia. Nota caracteristică este dată de dispariția reacțiilor afective (tristețe, groază, compasiune, grijă pentru familie). Toate acestea par a fi înlocuite de senzația subiectivă de detașare a gândirii. Se diferențiază de stupoarea psihogenă prin absența amneziei consecutive episodului și prin păstrarea clarității conștiinței.

17. BAILLARGER Jules-Gabriel-François (1809—1890) ● Psihiatru francez; născut la Montbazou, urmează studiile medicale la Paris și din 1840 îl întilnim la Salpêtrière. Este creatorul revistei „Annales médico-psychologiques” (1843, împreună cu CERISE și LONGET) și al asociației medicilor ce se ocupă de bolnavii mintal — Societatea medico-psihologică (1852, după model englez). Aria lucrărilor sale cuprinde o largă paletă, incluzînd atît preocupări legate de tulburările de percepție (halucinații), cît și studii clinice asupra paraliziei generale progresive, cretinismului și monomaniei. Preocupat de aspectele medico-legale ale bolilor psihice, el face interesante cercetări asupra responsabilității alienaților mintal. De o deosebită importanță este introducerea termenului „la folie à double forme” prin care BAILLARGER desemnează „un anumit fel de boală mintală care se

manifestă prin accese ce apar periodic, regulat, unul de depresie, celălalt de excitație”. Acest termen, propus în 1854 la Academia de Medicină, declanșează o polemică de lungă durată cu Jean-Pierre FALRET, care, citeva luni mai tîrziu, descrie aceeași boală numind-o „folie circulaire”. Vîrsta avansată îl împiedică să devină profesor de patologie mintală atunci cînd postul devine vacant și moare în 1890. Numele său rămîne legat de psihoza maniaco-depresivă.

18. BAILLARGER^(M) halucinații ● Halucinații lipsite de senzorialitate, descrise în 1844, de autorul al cărui nume îl poartă, ca „percepții intelectuale” independente de organele de simț. Constituie una din primele descrieri ale pseudhalucinațiilor.

19. BAILLARGER^(O) semn ● Descriere princeps (1877) a inegalității pupilare din paralizia progresivă.

20. BAIN Alexander (1818—1903) ● Filozof și psiholog englez, pozitivist, reprezentant al asociaționismului. A utilizat datele anatomofiziologice în explicarea fenomenelor psihice. Este unul din precursorii psihologiei fiziologice. După opinia sa, senzațiile sînt un produs pur fiziologic, iar conștiința, o însumare a senzațiilor.

21. BAKER George (1722—1809) ● Născut în 1722 la Devonshire, este elevul lui William BATTIE (Spitalul Saint-Luc) și devine în 1788 medicul lui Georg III care suferea de o boală mintală. În 1755, apare la Cambridge lucrarea lui cea mai importantă: „De affectibus animi et morbis unde irijundis” („Despre afecțiunile spiritului și bolile care decurg din acestea”), operă în care el afirmă că între corp și suflet există o legătură: „este imposibil ca spiritul să sufere fără ca și corpul să devină bolnav, după cum este imposibilă o suferință a corpului fără ca și spiritul să fie afectat”. Afirmarea ne permite să-l considerăm unul din precursorii psihosomaticii.

22. BALACON^(M) Japonia — DCI Pipetanol ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenestopatii, afecțiuni psihosomatiche. Are acțiune proconvulsivantă și este contra-indicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

23. BALAMUC (turc. Malamuc — nume propriu) ● Ospiciu, spital pentru bolnavii psihici și în sens peiorativ: gălăgie, dezordine,

„sminteală”. Denumirea provine de la schitul Malamuci (cărui ulterior i s-a spus Balamuci), construit de vel Icofățul Popa în secolul al XVII-lea lângă Căldărușani, așezământ caritabil unde au fost adăpostiți bolnavii psihiici până în 1845, când au fost transferați la Mănăstirea Mărcuța. Preluat de tradiția orală, termenul este asociat la noi cu cel de spital de psihiatrie.

24. **BALANCE**^(M) Japonia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

25. **BALANS PSIHOTICO-PSIHOSOMATIC** (fr. *balance*) ● Oscilație între două tipuri de afecțiuni pe care bolnavul psihic o poate prezenta. Apariția fenomenologiei psihotice, cu dezinserția de realitate, face ca subiectul să fie inundat de elementele agresivității psihotice, devenind imuni la psihotraumele și tensiunile obișnuite, adică la cele generatoare de boli psihosomatice. Lipsa implicării afective și a semnificației valorice a elementelor realului, duce la ignorarea completă a acestui tip de conflicte. Apariția, la ieșirea din episodul psihotic, a unei patologii tipice psihosomatice, a fost interpretată de GRINKER și ROBINS ca o dificultate de readaptare și o slăbiciune a Eului, incapabil de a ieși din psihoză fără ajutorul „adaptării defensive prin răul fizic”. Deși pare la prima vedere mult prea îndrăzneată, tecria balansului dă o explicație coerentă faptului remarcat de o serie largă de cercetători privind incidența, mai redusă la psihotici decât la alte categorii de bolnavi, a afecțiunilor psihosomatice.

26. **BALANȚĂ EROTISM-MATERNITATE** (cf. fr. *balance*; it. *balanza*) ● Noțiune referitoare la comportamentul sexual feminin; unii autori, mai ales de inspirație psihanalitică, consideră că între erotism și maternitate ar exista un echilibru și un raport invers. După ei, maternitatea ar defavoriza erotismul, între componenta erotică a instinctului sexual și tendințele instinctuale maternelle existând un aspect conflictual.

Împărțirea afectivității femeii între erotism și maternitate, considerând imaginea ideală a maternității, după SAPHOUAN, este generatoare de nevroză și complexe. Existența balanței erotism-maternitate este mai mult o creație

teoretică față de a cărei realitate obiectivă, în lipsa unor studii concrete, trebuie păstrate rezerve.

27. **BALBISM** (cf. lat. *balbus*, „bilbit”) ● Alterarea a limbajului la nivelul expresiei verbale, determinată de dereglarea funcțională și tranzitorie a coordonării musculaturii ce intervine în fonație. Clinic, se manifestă ca o modificare a ritmului debitului verbal și este în genere ușor de recunoscut. POROT sistematizează balbismul, după mecanismul dereglării neuromotorii a aparatului fonator și după expresia diagnostică, în:

- *balbism tonic*, caracterizat prin blocarea articulării unui cuvânt, cuvântul următor apărând cu o pronunțare explozivă (pentru o perioadă variabilă); este forma cea mai frecventă și se observă la primul cuvânt din frază;
- *balbism clonic*, se caracterizează prin repetarea mai lungă sau mai scurtă a unor foneme, cel mai frecvent situate la începutul primului cuvânt din frază;
- *balbism prin inhibiție*, caracterizat printr-o perioadă de tăcere, inexpressivitate, de lungime variabilă, fie atunci când subiectul vrea să înceapă a spune ceva, fie pe parcursul discursului, urmată de reluarea normală a fluxului verbal;
- *balbism tonico-clonic*.

În momentul tulburării fonatorii, la necoordonarea mișcărilor aparatului fonator se pot adăuga: tulburări de coordonare motorie a musculaturii din regiunile apropiate (închiderea ochilor, crăsparea buzelor, bătaia aripilor nasului, clătănirea sau rotirea capului, inspir bruscat sau expir incomplet, mișcări respiratorii sacadate, sincinezii ale musculaturii membrului superior); tulburări vasomotorii simpaticotone (eritem facial, midriază, tahicardie de natură emoțională); tulburări ale limbajului (accelerarea sau încetinirea debitului verbal, dezorganizări ale sintaxei și vocabularului).

CHERVIN sintetizează caracteristicile comune ale tuturor simptomelor descrise: debut în copilărie, intermitența manifestărilor, dispariția manifestărilor în timpul cîntatului.

Se apreciază prezența balbismului la 1—12% din populația generală. Predomină în copilărie, se ameliorează cu vârsta, este de patru ori mai frecventă la băieți. În privința patogeniei, AJURIAGUERRA a constatat transmiterea ereditară în 33% din cazuri. Există numeroase ipoteze asupra patogeniei balbismului: disfuncția circuitelor de control ale articulării, condiționare reflexă, mecanism psihogen. Structura hiperemotivă a personalității și psihotrau-

mele din perioada copilăriei și adolescenței sînt considerate astăzi mai puțin importante, deși nu de neglijat, factorul cu ponderea cea mai importantă fiind reprezentat de o stare nevrotică întreținută de mediul familial.

Există mai multe metode terapeutice care pot fi utilizate în funcție de tabloul clinic, stadiul evolutiv, vîrstă: logopedice (mai eficiente în faza de debut), psihoterapice (relaxare, psihanaliză, terapie comportamentală) și chi-mioterapice (rezervate formelor grave).

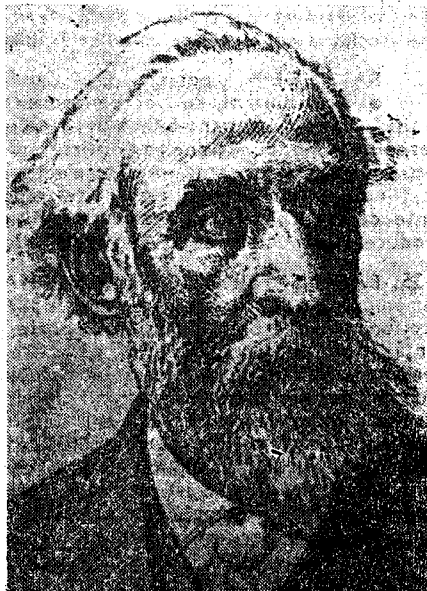
28. BALINSKI Ivan Mihailoviči (1827—1902)

● Psihiatru rus. Și-a făcut studiile medico-chirurgicale în Petersburg, unde își începe cariera și unde a crea, în 1857, prima clinică pentru maladii mintale. Tot aici va publica în 1859 primul curs de psihiatrie din Rusia. În 1860 este numit profesor la Academia medico-chirurgicală și rămîne în acest post pînă în 1884. În 1861 fondează Societatea petersburgheză de medicină mintală iar, începînd din 1869, se ocupă de înființarea de așezăminte destinate alienațiilor mintal, în diverse orașe ale Rusiei. Este recunoscut drept pionier al organizării asistenței medicale destinate alienațiilor mintal și ca formator al unei întregi pleiade de psihiatri în Rusia.

29. BALINSKI* — *simptome pupilare* ● Una din cele mai vechi descrieri (1858) a absenței reactivității pupilare la lumină, în paralizia progresivă, cuprinzînd observații care vor conduce, alături de observațiile lui BAILLARGER, la descrierea semnului Argyll-Robertson.

30. BALINT Michael (1896—1970) ● Născut la Budapesta, urmează în paralel studii medicale și de chimie. Își începe activitatea în 1921 la Berlin sub îndrumarea lui H. SACHS, revine la Budapesta în 1924 și lucrează în Institutul de Psihanaliză sub îndrumarea lui FERENCZI pînă în 1933 cînd, după dispariția acestuia, devine directorul institutului. În 1938 emigrează în Anglia, unde obține o diplomă în psihologie și își desfășoară activitatea întii la Manchester și apoi la Londra, devenind un participant activ al Societății Britanice de Psihanaliză. Între 1948—1961 lucrează la Institutul de relații umane „Tavistock Clinic”. În domeniul psihanalitic, lucrările sale se centrează asupra explorării conceptului de „amor primar” și a noțiunii de „defect fundamental”. BALINT este important mai ales prin studiile privitoare la relația medic-pacient, analizată și din punct de vedere psihanalitic. El este inițiatorul unor grupuri experimentale în cadrul cărora medicii practicieni analizează dificultățile întîlnite în practica clinică și modalitățile de rezolvare ale acestora. Rezultatele acestor experimente sînt publicate

într-o lucrare de mare popularitate: „Medicul, pacientul său și boala”, apărută în 1956. După modelul acestui grup au apărut ulterior multiple „grupuri Balint” sub îndrumarea directă a inițiatorului lor și a soției acestuia Enid BALINT.



Benjamin Ball

31. BALINT^(*) *șindrom* — sin. PARALIZIE PSIHICĂ A VEDERII ● Constă în incapacitatea de a privi în unele direcții și de a fixa privirea, deși funcționalitatea mușchilor oculari este normală. Elementele definitorii ale sindromului constau în: paralizia psihică a privirii (imposibilitatea de a urmări conștient cu privirea), ataxie optică (dezorientarea vizuo-spațială), inatenția vizuală. Apare în unele encefalopatii portale (intoxicarea amoniemică), în leziunile occipitale sau parietale stîngi, ca și în unele demențe prezente.

32. BALISTOFOBIE^(*) (cf. lat. *ballista* „proiectil” și *phobos* „frică”) ● Stare exagerată și nemotivată de frică față de proiectile, explozii și arme de foc. Este rar întîlnită în clinica psihiatrică curentă. Mai frecventă în expertiza psihiatrică militară, ridică probleme de diagnostic diferențial cu simulația.

33. BALL Benjamin (1833—1893) ● Psihiatru francez, un „european” în adevărata accepțiune a cuvîntului: născut în Italia, avînd mamă elvețiană și tată englez și studiază și profesează medicina la Paris. În 1855 este intern la clinica

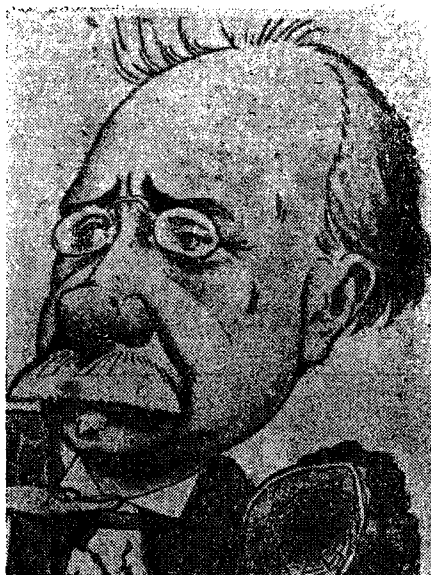
lui MOREAU de TOURS, apoi medic la Bicêtre. Prima sa lucrare are un titlu interesant: „Hallucination de la vue et de l'ouïe — Traitement par le hachich — Guérison”. Obține titlul de doctor în 1862. A funcționat o perioadă ca asistent al lui LASÈGUE la Infermeria Specială a Prefecturii Poliției din Paris — un adevărat serviciu de psihiatrie de tip ambulator cu funcție de expertiză — unde acumulează o bogată experiență clinică. În 1875 ocupă prin concurs prima catedră de boli mintale și studiu al creierului — ocazie cu care îl concurează și-l învinge pe MAGNAN; pentru acest motiv, cei doi conducători de școli psihiatrice rămân într-o rivalitate științifică fertilă, cu dispute antrenante timp de un deceniu, privind atât delirurile cronice cât și clasificarea bolilor mintale. În 1883 devine membru al Academiei de Medicină. În 1890 este ales președinte al primului Congres de Patologie Mintală din Franța. Lucrarea sa „Leçons sur les maladies mentales”, apărută în două ediții (1883 și 1890), a sintetizat cunoștințele psihiatrice ale epocii respective și a călăuzit primii pași în psihiatrie a numeroși psihiatri români de formație franceză la începutul secolului al XX-lea. A studiat delirurile halucinatorii, toxicomaniile (morfină, cocaină), problemele medico-legale legate de boala psihică.

34. BALLARD-DEGEN-PAÏE^(S) *sindrom* ● Encefalopatie postmeningoencefalitică, descrisă în 1945, ale cărei principale caracteristici sînt: dismnezia, scăderea randamentului, cefalee, amețeli, radiculalgii, astenie.

35. BALLARD-MILLER^(S) *sindrom* ● Tip particular de cerebrastenie consecutivă unui proces meningoencefalitic, descris de cei doi clinicieni, în 1945, constînd în astenie marcată la eforturi minime, absența inițiativei, cefalee, depresie, tulburări de memorie (fixare și evocare) și, în unele cazuri, tulburări de conștiință de tip confuzional.

36. BALLETT Gilbert-Louis-Siméon (1853—1916) ● Psihiatru și neurolog francez, orator didactic de primă mărime, cu deosebit succes la publicul științific și monden al vremii. Intern din 1875 și doctor din 1881, lucrează în clinica lui CHARCOT. Devine șeful catedrei de boli mintale în 1909, membru al Academiei de Medicină din 1912, Cofondator al Societății de neurologie și al celei medico-psihologice, publică numeroase lucrări, dintre care atrag atenția: „Le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie” (1888), „L'hygiène du Neurasthénique” (1897), „Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses”

(1897), „Swedenborg, histoire d'un visionnaire” (1899); la acestea se pot adăuga un studiu asupra lui Leonardo da Vinci, altul despre Maria Leczinska și un tratat de patologie mintală de peste 2000 pagini publicat în colaborare, în



Siméon-Louis-Gilbert Ballet

1903. Introduce în 1911 termenul de „psihoze halucinatorii cronice” — termen propriu școlii de psihiatrie franceze, care este folosit și astăzi.

37. BALLIF Leon (1892—1967) ● Distins și apropiat colaborator al lui C. I. PARHON, director al Socolei între 1928—1951, profesor universitar și creator al unei valoroase serii de medici specialiști. Format în spiritul riguros al experimentului și cercetării de laborator (fiziologie, biochimie, neurofiziologie), lucrează începînd din 1924 la Cambridge și Oxford sub conducerea lui SHERRINGTON, LANGLEY, DOUGLAS. Acest spirit s-a întipărit și păstrat apoi la Socola. Lucrările sale, foarte numeroase în domeniul psihiatriei, orientate către aspecte morfopatologice, biochimice și metabolice, în genetică, epidemiologie, psihoprofilaxie, igienă mintală, psihiatrie medico-legală, terapeutică și organizarea asistenței psihiatrice, completează o personalitate științifică extrem de interesantă.

și complexă. Reprezentant al României la primul Congres Internațional de Igienă Mintală (1930—Washington), a militat pentru psihoprofilaxie, igienă mintală și dezvoltarea asistenței psihiatrice extraspitalicești.



Leon Ballif

38. **BALLIF-NEGULICI Eugenia** (1918—1970) ● Psihiatru român. Face studiile liceale și universitare la Iași, obținând titlul de doctor în medicină în 1944 cu o lucrare despre hemoragiile posttraumatice. Se orientează spre aceeași specialitate ca și părinții săi (ambii psihiatri) și după obținerea titlului de medic specialist va conduce unul din serviciile spitalului Gh. Marinescu și laboratorul de cercetări privind impaludarea terapeuțică. Până în 1958 lucrează ca asistentă universitară în clinica de psihiatrie. Împreună cu Florica BAGDASAR a luat parte la organizarea centrului de igienă mintală și a sistemului de școli speciale pentru dependenți. Are intensă activitate publicistică în revistele de specialitate, fiind interesată de problemele psihiatriei organice (paralizia generală progresivă, encefalită, epilepsie), farmacoterapie, genetică și neuropsihocibernetică.

39. **BALMINIL^(M)** Canada — DCI *Guafenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandioli, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

40. **BALTEN-MAYON^(B)** *boală* — sin. **OATMAN^(B)** *boală*; **SPIELMEYER-STOCK^(B)** *boală*; **STOCK-SPIELMEYER-VOGT^(B)** *boală* sin.
→ **BUTTEN-SPIELMEYER-VOGT^(B)** *boală*.

41. **BAMADEX^(M)** S.U.A. ● Face parte din grupul produselor terapeutice care conțin două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

- **DEXAMPHETAMINA^(M)** — nooanaleptic, derivat feniletilaminic.
- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic.

Are acțiune anxiolitic-miorelaxantă, dinamogenă.

42. **BAMATE^(M)** S.U.A. — DCI *Meprobam* **BAMO^(M)** S.U.A. ● Tranchilizante, derivat propandiolic de tip: 2-metil-2-propil-1,3-propandioli dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroză cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie (petit mal), afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare și contraindicații evidente, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, puțin realizând un mic sindrom de abinență. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

43. **BAMBERGER^(S)** *sindrom* ● Formă rară de isterie descrisă în 1859 de autor, având drept caracteristici: reducerea mobilității și a funcționalității mușchilor extremităților, mișcări cu aspect de salturi și sărituri, asemănătoare unui dans, care apar la atingerea picioarelor de pământ. Aspectul funcțional este evident.

44. **BANABIN^(M)** Japonia — DCI *Clórmezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat indicat în nevroză motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare) — acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

45. **BANALITATE** (fr. *banalité*). ● Aspect comun sau lipsit de originalitate la un obiect, într-un discurs, într-o situație sau la o persoană. Cuantificarea numărului de răspunsuri banale înregistrate în cursul aplicării diferitelor teste

(proba asociativ-verbală Smirnov, Rorschach, Rosenzweig, TAT etc.) oferă informații cu valoare psihodiagnostică privind gradul de conformism social și de adaptabilitate al individului, particularitățile inteligenței, disponibilitățile creative. Se poate infera și asupra trăsăturilor de personalitate sau a intensității unor simptome. Peiorativ se poate vorbi de un tip banal, în sensul unei persoane șterse, conformiste, lipsite de originalitate, care nu se impune atenției prin nici o particularitate deosebită.

46. **BANASIL**^(M) Anglia — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia*, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

47. **BANI** ● În sens psihanalitic, echivalent simbolic al produsului defecației. În lumina acestei teorii, în stadiul anal se realizează un prim schimb cu anturajul în ceea ce privește afecțiunea sau manifestarea agresivității. Din punct de vedere psihopatologic interesează raportul sau atitudinea subiectului față de banii săi. Notăm astfel spiritul de economie al personalității psihastenice și avariția, ca reacție la anxietate, a vîrnicului și refuzul nevrotic al beneficiului material sau disprețul, de asemenea nevrotic, față de bani în situațiile de dispute morale; pseudogenerozitatea sau prodigalitatea hipomaniacalului și parafrenicului; avariția ca manifestare agresivă; atitudinea risipitoare ca indicator al culpabilității etc. Semnificația atitudinii față de bani este fructificabilă mai mult în psihoterapie decît în scop diagnostic

48. **BANNISTER**^(B) *boală* ^{sin.} → **EDEM ANGIONEUROTIC**.

49. **BARAGNOZIE** (cf. gr. *baros* „greutate” și *a-*; *gnosis* „cunoaștere”) — sin. **ABAROGNOZIE** ● Pierderea capacității de a percepe diferențe în aprecierea greutății.

50. **BARAJ** (fr. *barrage*) ● Simptom, constînd în întreruperea bruscă a activității psihice sau motorii, care se poate relua cu sau fără legătură cu faza anterioară. Este considerat simptom „aproape patognomonic” (BERNARD) pentru psihoza schizofrenică. A fost descris inițial de KRAEPELIN, ca unul din semnele negative ale demenței precoce. BLEÜLER îi va amplifica semnificația, considerîndu-l ca una din tulburările de disociație majoră. Barajul se poate manifesta în plan verbal sau motor și se

concretizează în oprirea bruscă pentru câteva secunde a desfășurării unei acțiuni sau fraze, fără ca bolnavul să pară tulburat de acest lucru. Reluarea acțiunii se face după această pauză, fie în direcția în care se desfășurase anterior, fie într-o direcție cu totul neașteptată. Gîndirea subiectului pare marcată de o eclipsă, de o suspendare, care însă nu trebuie confundată cu atitudinile de ascultare halucinatorie din automatismul mintal și nici cu absențele din epilepsia petit mal. La psihotici cu automatism mintal se poate constata în cadrul comportamentului halucinator apariția unor întreruperi ale activității verbale sau motorii, dar care sînt însoțite de atitudine de ascultare, modificări ale mimicii care pot exprima anexitatea sau extazul în funcție de conținutul plăcut sau neplăcut al halucinațiilor verbale sau auditive. De asemenea, barajul trebuie distins de lentoarea psihică sau de inhibiția psihomotorie observate în stările depresive, care au la bază starea afectivă a subiectului și o concentrare monotematică ideativă, asupra temei psihotraumatizante.

În 1932 GUIRAUD a descris o formă atenuată a barajului mintal, fading mintal, care este de asemenea o tulburare de tip disociativ constînd într-o întrerupere progresivă a activității psihomotorii pînă la suspendarea sa totală și singura deosebire între baraj și fading constă în modalitatea de instalare fenomenologică. Barajul este, așa cum am arătat, un simptom specific psihozelor schizofrenice, cu precădere al formelor: hebefrenică, catatonică și hebefrenocatatonică.

51. **BARAJ**⁽²⁾ test ● Probă standardizată vizînd evaluarea capacității prosexice, atît sub raport cantitativ (viteza), cit și sub raport calitativ (precizia, distributivitatea, mobilitatea etc.). De la sfîrșitul secolului trecut (1895) au fost imaginat o serie de teste de tip creion-hîrtie în care se cere subiectului bararea unor litere dintr-un șir (BOURDON), a unor semne cu o anumită orientare dintr-un număr de opt posibilități (TOULOUSE și PIÉRON) sau a două semne dintr-o succesiune asemănătoare (ZAZZO). Testele complexe de baraj fac apel nu numai la calitățile atenției, ci și la aptitudini operaționale. Cu toate că au fost imaginat pentru studiul atenției, performanțele fiind modificate mai ales în patologia organică și în stările de astenie marcată, testele de baraj mai pot da informații și cu privire la alte trăsături ale personalității: meticulozitate, instabilitate, perseverență etc. Aceste informații se culeg din observarea comportamentului în activitatea propriu-zisă de testat, a comportamentului

față de situația-test (reacții, comentarii, apel la examinator, blocaje, tendință la accelerare sau încetinire a ritmului de lucru).

52. **BARBARIE** (cf. lat. *barbaria* „sălbăticie, înclură”) ● În antichitate cuvântul „barbar” se referea la tot ce nu aparținea culturii greco-romane, tot ceea ce era străin, considerat lipsit de civilizație. În limbajul actual, acest cuvânt semnifică orice formă de violență vizând drepturile omului (crime, torturi, represii) singuroase — J. DIDIER). Pot fi etichetate de asemenea ca barbare distrugerile patrimoniului cultural, rasismul, genocidul. În acest sens, războiul este unul din comportamentele de grup cele mai barbare, fiind programatic antiuman și antiaxiologic. Din punctul de vedere al psihiatriei, barbaria reprezintă o prăbușire netă a condiției umane la nivelul instinctelor primare, al unor tendințe pulsionale agresive-sadice.

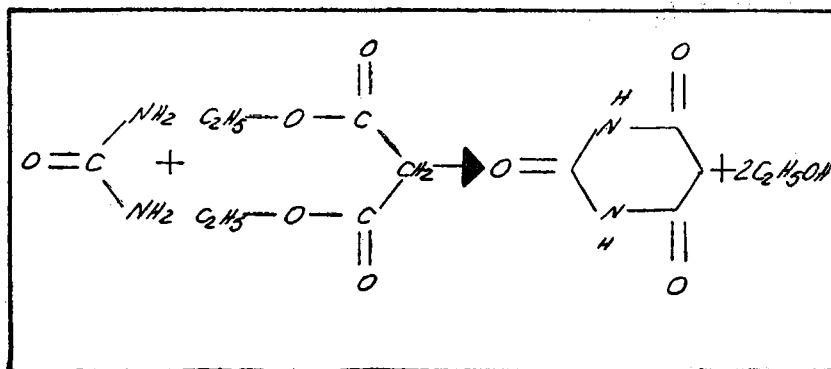
53. **BARBAROLALIE** (cf. gr. *barbaros* „străin” și *lalein* „a vorbi”) ● Termen puțin utilizat, desemnând vorbirea stranie, neinteligibilă, sacadată, cu tonalități ridicate și realizând o exprimare fără înțeles, întâlnită în schizofrenie, demențe.

54. **BARBITURICE** (cuvânt derivat din denumirea lichenului USMEA BARBATA și UREE din care se compune acidul respectiv) ● Grupă

astăzi părăsire de psihiatrie atât datorită efectului lor prea moderat, cât și datorită pericolului dependenței, fapt ce nu împiedică utilizarea lor în practica medicală de către alți specialiști care, fie nu cunosc acest aspect, fie îl neglijează.

● Descoperirea și sinteza barbituricelor se datorește lui Adolf von BAYER, care, studiind condensarea ureei, descoperă (în 1863) un nou produs, denumindu-l acid barbituric; pentru clasa de derivați consacră termenul barbiturice. Seria produselor de acest gen este îmbogățită de E. FISCHER și J. von MEHNING, la începutul secolului al XX-lea, cu doi noi produși: LUMINAL și BARBITAL, numit VERONAL de către ultimul sub impresia unei călătorii în romantica Verona. Încep să fie utilizați atât ca somnifere, cât și ca anticonvulsivante (HAUPTMANN), cunoscând o largă răspindire.

În țara noastră au fost introduși în clinică de către MARINESCU. Devin medicamente la modă între 1925—1940 și în 50 de ani sint sintetizați peste 3 000 produși, dintre care 50 sint comercializați ca medicamente. Epoca lor se încheie în a doua jumătate a secolului al XX-lea, când se constată că, în afara buneii testări în timp și a efectului terapeutic garantat în cazul adulților sănătoși, ele prezentau, pe lângă dezavantaje potențiale, și alte defecte, dintre care cele majore ar fi: pericolul depen-



Sinteza derivaților barbiturici

de substanțe care induc un somn mai mult sau mai puțin profund și deși au cunoscut o mare utilizare clinică timp de un secol, mecanismul celular și biochimic al acțiunilor lor nu este nici astăzi pe deplin elucidat. Pentru psihiatria de ieri ele au reprezentat ceea ce semnifică neurolepticele pentru psihiatria modernă. Ele sint

dențel, favorizarea intrării în confuzie pentru bătrâni și furnizarea materialului necesar suicidului, pentru depresivi.

● **Structură și clasificare.** Barbituricele sint rezultatul reacției de condensare dintre acidul malonic și uree. Diferențele farmacologice dintre diverșii produși rezultați prin substituții

cu anumiți radicali chimici nu sînt semnificative decît în ceea ce privește durata acțiunii lor. Acest criteriu folosește și astăzi clasificării barbituricelor, în :

- Barbiturice cu acțiune ultrarapidă (<1 h) :
THIOBENTAL ; PENTOTHAL^(M)
THIAMYLAL ; SURITAL^(M)
- Barbiturice cu acțiune rapidă medie (1—8 h) :
AMOBARBITAL ; AMITAL^(M),
EUNOCTAL^(M)
BUTABARBITAL ; BUTISOL^(M),
SONERYL^(M)
HEXOBARBITAL ; EVIPAL^(M)
PENTOBARBITAL ; NEMBUTAL^(M)
SECOBARBITAL ; IMENOCTAL^(M),
SECONAL^(M)
VINBARBITAL ; DELVINAL^(M),
OPTANOX^(M)
- Barbiturice cu acțiune prelungită (>8 h) :
BARBITAL ; VERONAL^(M)
MEFOBARBITAL ; MEBARAL^(M)
FENOBARBITAL ; LUMINAL^(M),
CARDENAL^(M)
HEPTABARBITAL ; MÉDOMINE^(M).

În funcție de durata acțiunii lor, barbituricele din prima grupă sînt utilizate în anestezie, cele din grupa a doua în insomniile de adormire și cu somn superficial, iar cele din ultima grupă ca sedative și în insomniile din a doua parte a nopții.

DENIKER include barbituricele în clasa psiholepticilor sedative — grupa hipnotice (avînd în vedere acțiunea lor asupra fenomenelor psihicului). Dacă anesteziștilor le sînt extrem de familiare barbituricele cu acțiune ultrarapidă, clinicianului psihiatru îi revine confruntarea cu aspectul lor terapeutic (în insomnii) și toxic (în tentativele de suicid și toxicomaniile barbiturice).

● *Mecanism de acțiune.* Deprimarea reversibilă a excitabilității sistemului nervos central nu este decît rezultatul acțiunii barbituricelor asupra membranei celulare, deși pînă în prezent mecanismul intim al acesteia nu este cunoscut (sînt implicate, se pare, creșterea consumului de oxigen și a adenozintrifosfatului, ca și a glicogenului cerebral în cadrul lanțurilor, de oxidare în sistemul citocrom-oxidazei și a flavo-proteinelor)

Efecte asupra sistemului nervos central și deprimare profundă nespecifică (în funcție de doză, poate varia de la sedare ușoară pînă la moarte) și acțiune deprimantă selectivă (la doze mici) — prin intermediul substanței reticulate

ascendente ; acțiune prin intermediul rinencefalului ; acțiune asupra căilor sensibilității și motricității, astfel încît se produce o hipoestezie și nu o analgezie (la doze sedative). Efecte asupra somnului : inducerea somnului (prin efect sedativ sau hipnotic). Deși se aseamănă mult cu somnul fiziologic, somnul indus de barbiturice reduce faza paradoxală (REM) de activitate onirică.

● *Indicații terapeutice* :

- sedativ-hipnotice, prin facilitarea sau producerea somnului (produsele de durată rapidă-medie, de tipul Amobarbitalului, Butabarbitalului, Pentobarbitalului, Secobarbitalului sau Vinbarbitalului) și de menționat că doza sedativă reprezintă aproximativ 1/3—1/4 din doza hipnotică ;
- anticonvulsivante, prin produsul Fenobarbital, vechi și totuși actual agent medicamentos selectiv al crizelor convulsive, care permite controlul acestora într-un mare număr de cazuri ;
- anestezice, în chirurgie, în cazul barbituricelor cu acțiune ultrarapidă ;
- anxiolitice, în narcoanaliză și narcoterapie (locul le-a fost de multă vreme ocupat prin obținerea anxiolizei terapeutice curente de către benzodiazepine).

● *Efecte secundare* ; reducerea volumului respirator pe minut (pînă la accidente mortale) și laringospasm (în administrarea intravenoasă a barbituricelor ultrarapide) și hipertensiune arterială (în intoxicații sau administrări rapide intravenoase), prin reducerea volumului cardiac cu 25% și alterări hepatice.

● *Interacțiuni medicamentoase.* Se datorează în special fenomenului de inducere enzimatică a enzimelor ce participă la metabolizarea barbituricelor : cu anticoagulantele cumarinice (creșterea formării enzimelor microzomale hepatice, cu reducerea răspunsului la anticoagulantul de tip cumarinic) și cu aminopirina, griseofulvina și hexaclorbenzenul (care pot induce formarea enzimelor ce controlează sinteza porfirinei, respectiv sinteza acidului aminolevulinic) — de aici contraindicația barbituricelor în porfirie acută intermitentă și cu fenitoina (fenobarbitalul poate induce enzime microzomale responsabile de propria metabolizare, dar și de biotransformarea fenitoinului pe care îl anihilează).

55. BARBITUROMANIE (barbituric ; cf. gr. mania „nebulie”) — sin. BARBITURISM și INTOXICAȚIE CU BARBITURICE ● Tulburări psihice și fizice (de tip toxicomanic) rezultate din consumul abuziv de produse barbiturice, antrenînd în timp fenomenul

Formele clinice ale intoxicației cu barbiturice

	Durață, mecanism, doze	Semne psihice	Semne neurologice și generale	Principii de tratament
1	2	3	4	5
INTOXICAȚIA ACUTĂ (COMA BARBITURICĂ) ● formă ușoară ● formă gravă	● $\leq 1,5$ g ; ● voluntară, în scop suicidal ; ● eroare de dozare. ● 1,5—2 g ; ● greșeli de dozare ; ● potențare prin alcool/ alte tranchilizante ; ● substrat organic alterat	● stare de ebrietate (excitație) ; ● obnubilare, incoerență ; ● scăderea atenției ; ● tulburări emoționale ; ● fragmente halucinator-delirante § ● tulburări profunde intermitente ale stării de conștiință § ● agitație psihomotorie § ● episoade halucinator-delirante ± automatism mintal (în comele prelungite în 3—6 zile).	● ataxie ; ● dizartrie § ● greață, vărsături § ● dezinhibiție corticală ● hipotonie § ● reflexe abolite § ● Babinski pozitiv § ● midriază : mioză § ● stertor § ● tulburări de deglutiție § ● hipertermie § ● complicații pulmonare § ● oligurie	● măsuri de prim ajutor la spitalul clinic de urgență § ● indicația de a consulta un medic psihiatru ; ● intervenție promptă ; ● provocarea vărsăturilor, lavaj gastric ; ● stricnică — doze mari ; ● antibioterapie profilactică § ● măsuri de terapie intensivă.
INTOXICAȚIA SUBACUTĂ	● timp îndelungat § ● doze mari de barbiturice.	● obtuzie § ● episoade onirice.	● tremurături § ● dizartrie § ● ataxie § ● nistagmus § ● pareze oculomotorii § ● diplopie § ● areflexie	● izolarea într-o secție de psihiatrie § ● reducerea progresivă a dozelor de barbiturice în 14—21 zile ; ● prevenirea sindromului de abstenență (supraveghere atentă).

**INTOXICAȚIA CRONICĂ
(TOXICOMANIA BARBITURICĂ)**

- > 3–6 luni consum zilnic
- narcomania insomniacilor cronici
- tratamentul cronic al epilepsiei (> 30 ani).

- viscozitate
- lentoare psihomotorie,
- irascibilitate, disforie, depresie
- stare psihopatoidă
- sindrom demential.

- nistagmus;
- ataxie;
- tremurături fine;
- anorexie
- urticarie, edem Quincke
- hepatită cronică evolutivă
- diplopie
- amețeli.

SINDROM DE ABSTINENȚĂ (intermitent la scăderea bruscă a dozelor)

- agitație psihomotorie
- insomnie rebelă
- halucinații auditive
- delir paranoid.

- paloare, transpirații
- tremurături generalizate
- hipertensiune arterială
- tahicardie
- febră
- convulsii.

PSIHOZE BARBITURICE (delimitare imprecisă)

- pseudoparaliză generală barbiturică
- sindrom pseudomaniacal
- sindrom delirant halucinator (sevrăj)

- timp îndelungat + doze mari de barbiturice

- obtuzie
- episoade onirice
- scăderea atenției și memoriei
- diminuarea capacității de judecată
- coborîrea nivelului etic
- sindroame delirante + agitație psihomotorie.

- tremurături
- dizartrie
- ataxie
- nistagmus
- pareze oculomotorii
- diplopie
- areflexie
- tulburări de conștiință
- convulsii.

- susținerea generală a organismului (6 săptămâni — 3 luni)
- vitamina B, C (doze mari)
- stricnină (doze mari)
- tratamentul insomniei cu NL — fenotiazină se vor evita tranchilizantele
- psihoterapie.

de toleranță și dependență, cu respersuciuni negative asupra organismului. Deși este considerat în general ca aparținând formelor minore de toxicomanie, barbiturismul este un fenomen redutabil în clinica psihiatrică, mai ales când este asociat alcoolismului. O serie de factori au contribuit, în timp, la instalarea acestui tip de „manie” în rîndul afecțiunilor psihiatrice generate de abuzul unor droguri, fie ele chiar și îmbrăcate în haina medicamentului. Numărul mare de produși farmaceutici de sinteză (peste 3 000 de săruri ale acidului barbituric în ultimele 2—3 decenii, dintre care aproximativ 50 sint comercializate ca hipnotice), incidența mare a simptomului țintă — insomnia și anxietatea care o însoțește —, accesul facil la aceste medicamente, ca și nevoia de a reinnoi efectul obținut (prin apariția fenomenului de toleranță), toate acestea au generat un abuz considerabil și o veritabilă dependență fizică (nu numai psihologică), cu recurgerea la doze mult crescute față de nivelul terapeutic (în cazul barbituricelor, perioada de ingestie ar necesita peste 1—2 luni pentru apariția fenomenului de dependență). Diverși autori sint unanimi în a sublinia că toate căile cunoscute de administrare a barbituricelor au șanse egale în dezvoltarea toxicomaniei, aspect care a luat în unele țări amploarea unei probleme de sănătate publică. Astfel, în S.U.A., barbiturismul a reprezentat în 1980 cauza a 6% din cazurile de suicid și 18% din cazurile decesului prin accidente, producînd circa 15 000 de morți anual. Se includ aici și accidentele copiilor care ajung prea ușor la stocurile de barbiturice ale adulților. După modalitatea de realizare a intoxicației, în care durata folosirii abuzive a barbituricelor, ca și doza la care s-a ajuns, reprezintă parametri importanți, POROT propune clasificarea prezentată în tabelul nr. XXIX.

Diagnosticul diferențial al barbiturismului se face mai ales cu alcoolismul cronic, dar subiectul, deși pare beat, nu miroase a etanol, iar în sîngele și în urina sa pot fi puși în evidență metaboliți ai medicamentului barbituric. Testul de încărcare cu barbiturice, sub forma a două doze de pentobarbital administrat oral la șase ore interval, va confirma sau nu etiologia barbiturică, prin apariția somnolenței, nistagmusului și dizartriei (factori ai toleranței scăzute a subiectului)

56. **BAR-DEX^(M)** Franța — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent (+)- α -metilfenetilamină simpaticomimetică, indicat în comba-

tearea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

57. **BARÉ-LIÉOU^(S)** *sindrom* ● Sindrom realizat prin spasmul arterei vertebrale; are aceleași manifestări clinice ca și cele din sindromul Babinski-Nageotte, dar prezintă un caracter pasager, spre deosebire de cel determinat de tromboza aceleiași artere → **BABINSKI-NAGEOTTE^(S)** sindrom.

58. **BAREM** (fr. *barème*; de la *Barrème*, matematician din secolul al XVII-lea) ● În psihologie, sistem de referință (similar unităților metrologice din fizică, mecanică etc.), în evaluarea performanțelor subiectului privind eficiența unor procese și capacități psihice (gîndire, inteligență, atenție, memorie) și în aprecierea unor trăsături de personalitate. Baremul presupune etalonarea și standardizarea răspunsurilor la diferite probe, pe o populație dată, prin metode statistice și implică o clasificare a răspunsurilor standardizate (de exemplu, nivele de inteligență, profile de personalitate), stabilindu-se astfel diferențele interindividuale în ceea ce privește eficiența proceselor psihice sub aspect performanțial și sub aspect adaptativ. Termenul poartă numele matematicianului francez **BARREME** (secolul al XVII-lea), care l-a introdus în circulație → **ETALON**.

59. **BARESTEZICE^(H)** *halucinații* (cf.) gr. *baros* „greutate”; *asisthesis* „senzație”. ● Percepții cu caracter halucinator ale baresteziei. Sint foarte greu de definit și încadrat, datorită lipsei de precizie în descrierea senzațiilor legate de presiune, mai ales atunci cînd ele se referă la țesuturile, organele și articulațiile situate în profunzime. De altfel, unii autori nu le recunosc existența, considerîndu-le cenestopatii. Alți autori le încadrează în categoria iluziilor, admitînd existența unui stimul real (presiunea), perceput greșit.

60. **BARI** — (cf. gr. *barys* „greu”) ● Element de compunere cu ajutorul căruia se exprimă ideea de dificultate a unei activități sau acțiuni.

61. **BARIDINIE** (cf. gr. *barys*; *odis* „durere violentă”) ● Termen utilizat rar, desemnînd o algie de intensitate supraliminală, cu caracter acut și insuportabil.

62. **BARIERĂ** (fr. *barrière*) ● Termen folosit, cu sens metaforic, în psihanaliză, pentru a desemna un sistem defensiv îndreptat împotriva unor tentații inacceptabile morale. „Ba-

rierale" țin de instanțele Supraeului și împiedică desfășurarea unei manifestări legate de nivelul instinctiv-pulsional. Termenul este folosit și în psihiatrie pentru a indica gradul în care anumite comportamente etico-morale sînt respectate de subiect. Alcoolismul, demențierea, episoadele maniacale, toxicomaniiile sînt cîteva din circumstanțele în care aceste bariere etico-morale nu sînt respectate. De asemenea, comportamentul personalităților dizarmonice este deseori marcat de nerespectarea acestor bariere.

63. BARIERĂ HEMATO-ENCEFALICĂ ● Denumirea dată unui complex morfo-funcțional avînd rolul de a asigura homeostazia creierului și a lichidului cefalorahidian, regînd electiv schimburile dintre sînge și lichidul cefalorahidian sau parenchimul cerebral.

Anatomic este constituită din endoteliul vaselor capilare, membrana bazală a acestora și un manșon pericapilar de celule gliale. Endoteliul capilarelor cerebrale este continuu, celulele fiind strîns unite între ele. Funcțional, bariera hemato-encefalică își datorează rolul mecanismelor de transport pasiv și, mai ales, activ, sistemelor enzimactice și energetice complexe, activității metabolice celulare. Greutatea moleculară a diverselor substanțe, gradul lor de ionizare, liposolubilitatea, prezența sistemelor enzimactice și de transport interferează cu proprietățile barierei hemato-encefalice și fac ca unele substanțe (cu greutate moleculară mare, fără specificitate metabolică) să nu o poată parcurge, în timp ce altele au un acces diferențiat. Unele substanțe datorează posibilitatea de a străbate bariera, unor caracteristici fizico-chimice — grad scăzut de ionizare, liposolubilitate crescută (hormoni steroizi, alcool) —, altele beneficiază de sisteme de transport specific (glucoză, aminoacizi etc.). Factorii plasmatici ca Ph-ul, titrul proteinelor circulante, intervin și ei în dinamica schimburilor. Complexul morfo-funcțional care formează bariera hemato-encefalică lipsește în regiuni ca: aria postrema bulbară, corpul pineal, hipofiza, zona endocrină a hipotalamusului. Reglarea neuroendocrină și electrolitică de către sistemul nervos central necesită un acces direct între neuroni și fluxul sanguin în aceste zone. Ea ar putea interveni în acomodarea sistemelor receptoare centrale activate de substanțe ce nu pot străbate bariera. Aceasta lipsește și în rețeaua vasculară a tumorilor cerebrale, fapt ce oferă posibilitatea localizării lor, introducînd izotopi radioactivi în fluxul sanguin. Concentrația în creier a unor neuromediatori (noradrenalină, adrena-

lină, acetilcolină, serotonină, dopamină) este menținută constantă, trecerea lor liberă în sînge putînd avea urmări catastrofale. Dimpotrivă, precursorii lor biochimici au un acces facilitat, de obicei, prin transport activ. Acest fapt asigură sinteza locală a mediatorilor.

Cunoașterea aspectelor legate de funcționarea barierei hemato-encefalice are importante implicații terapeutice. Farmacocinetica unor substanțe psihotrope joacă un rol determinant în eficacitatea administrării lor. Astfel, Levo-dopa, precursor al dopaminei, este utilă în terapeutică, avînd acces prin barieră, în timp ce dopamina nu o poate străbate. Droperidolul este un neuroleptic fără acces prin barieră, dar acest fapt are consecințe favorabile, produsul putînd fi utilizat în tratamentul stării de vomă, fără riscul unor efecte secundare (exceptînd riscul unui efect central prin acțiune directă la nivel bulbar). Dacă se are în vedere o acțiune de tip psihotrop, este necesar ca substanțele folosite să poată străbate în cantitate suficientă bariera hemato-encefalică (fără a crește dozele administrate peste nivelele admisibile). În parte, efectul antidepressiv al seimoterapiei și al produșilor IMAO se datorește efectului lor de creștere a permeabilității barierei hemato-encefalice.

64. BARIERĂ — incest ● Termen psihanalitic cu referire la apărarea Eului împotriva impulsurilor incestuoase; se formează în perioada sexualizării relațiilor obiectuale. Termen rar utilizat în prezent → INCEST.

65. BARIFONIE (cf. gr. *barys* „greu“ + *phone* „voce, sunet“) ● Voce cu timbru gros, răgușită — posibilă manifestare histrionică.

66. BARIGLOSIE (cf. gr. *barys*; *glossa* „limbă“) ● Dificultate în pronunțarea cuvintelor în condițiile în care limbajul este inteligibil, înțilnită în mod normal la copii în învățarea limbajului vorbit și la adulții care încearcă să învețe o limbă străină; în psihiatrie poate fi expresia unor boli (nevroze, reacții, debutul unor demențe) sau consecutivă medicației (neuroleptice, barbiturice).

67. BARILALIE (cf. gr. *barys*; *lalein* „a vorbi“) ● Tulburare de limbaj, manifestată prin dificultăți în articularea cuvintelor, avînd drept consecință o totală neinteligibilitate, aspect care o diferențiază de BARIGLOSIE. Este înțilnită în special în evoluția demențelor organice — după unii autori, mai ales în cea de origine luetică.

68. **BARITIMIE** (cf. gr. *barys*; *thymos* „suflet”) ● Termen folosit în lucrările franceze de psihiatrie de la sfârșitul secolului al XIX-lea pentru a defini o dificultate în exprimarea emotivității, făcând parte din grupul tulburărilor de afectivitate. Ulterior a fost folosit din ce în ce mai sporadic, în prezent ajungând să nu mai fie utilizat.

69. **BARLOW**^(P) *boală* ● Dificultate (până la imposibilitate) a mișcărilor membrelor care, la prima vedere, realizează aspectul unei paralizii, însoțite de astenie, cefalee, tulburări de sensibilitate. Examenul atent evidențiază existența unor hematoame subperiostice și este o avitaminoză cunoscută și sub numele de SCORBUT INFANTIL.

70. **BARNES** — *hipopsihoză* ● Modificări ale activității psihice de etiologie organică și se caracterizează prin scăderea globală a nivelului de eficiență al funcțiilor psihice, „fără să se dezvolte o psihoză în sens clinic” (1929). Concepția autorului, care mai descrie apsihoze, hiperpsihoze și parapsihoze, este destul de elementară și nu prezintă decît interes istoric.

71. **BARNETIL**^(M) Belgia, Canada, Franța, Grecia — DCI *Sulprohidă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-(etilsulfonil)-0-anisamidă, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă, dar fără efecte sedative. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

72. **BAROFOBIE**^(P) (cf. gr. *barys* și *phobos* „frică”) ● Teamă nejustificată de gravitație. Prezintă interes mai ales pentru a demonstra că de nejustificată poate fi o fobie, cu atât mai mult cu cât forța gravitațională acționează asupra tuturor indivizilor, fiind în același timp elementul de normalitate al vieții terestre. Este rar întâlnită. Mai frecvent se întâlnește dorința de a învinge gravitația (idei, teorii sau mecanisme). Termenul este uneori utilizat și în sensul fricii de greutate (figurativ), de seriozitate — dar în genere nu are circulație sub această accepțiune.

73. **BAROGNOZIE** (cf. gr. *barys* și *gnosis* „cunoaștere”) — antonim **ABAROGNOZIE** ● Posibilitatea determinării greutății pe care o au obiectele fără participare vizuală. Este utilizată ca probă în examenul neurologic.

74. **BARORECEPTORI** (cf. gr. *barys* și receptor : fr. *récepteur*) — sin. **BAROCEPTORI**; **PRESORECEPTORI** ● Receptori nervoși din categoria mecanoreceptorilor, sensibili la pre-

siune, vibrații, distensia structurilor organelor interne. După tipul de sensibilitate pe care o deservește pot fi: exteroceptori, proprioceptori și interoceptori. Un tip de exteroceptori cu funcție baroceptivă îl reprezintă corpusculii Vater-Paccini situați în hipodermul de pe fața palmară a mîinii, fața plantară a piciorului și degetelor, hipodermul brațului, al cefei, pe organele genitale ale ambelor sexe. Tot corpusculii Vater-Paccini acționează ca proprioceptori localizați în periost, în membranele interosoase ale antebrațului și gambei, în jurul articulațiilor. Un rol deosebit de important îl au baroreceptorii cu funcție interoceptivă care au fost puși în evidență în pereții atriali, în vecinătatea orificiilor de vărsare ale vaselor mari, în pereții ventriculului stîng, în circulația pulmonară, în crosa aortei și în sinusul carotidian, în circulația abdominală. Cu excepția baroreceptorilor abdominali, care se pare că au rol în special local, ceilalți intervin în condiții fiziologice, tamponind eventualele modificări ale tensiunii arteriale sistemice, prin influența exercitate asupra centrilor bulbari cardioinhibitor și vasomotor asupra constelației endocrine (cu efect asupra mecanismelor de reglare a volumului lichidelor extracelulare). Tot prin intervenția baroreceptorilor, are loc o sincronizare a funcției respiratorii, modificările ventilatorii realizate concomitent cu adaptarea cardiocirculatorie asigurînd schimburile gazoase la un nivel corespunzător necesităților tisulare.

75. **BARR**^(P) test ● Metodă de evidențiere a cromatinei sexuale, formațiune microscopică, nucleară, prin care se poate preciza sexul celulelor somatice aflate în interfază („sex nuclear”). Încă din 1948 BARR și BERTRAM au demonstrat că în celulele organismului feminin există un corpuscul (corpuscul Barr) intens colorabil și lipit pe fața internă a membranei nucleare. S-a demonstrat apoi că într-o celulă somatică, numărul corpusculilor sexuali este cu o unitate mai mic decît numărul cromozomilor X (deci, în celulele cu un singur cromozom X, corpusculul nu va fi observat), astfel încît la bărbații normali, corpusculul Barr lipsește iar la femeile normale apare cu o frecvență de 3—5% pînă la 20—50%. Fiind legată constant de sexul cromozomial, evidențierea cromatinei sexuale este utilă pentru diagnosticul de sex, atunci cînd există dubii în această privință. SMITH și DAVIDSON descriu corpusculii Barr în leucocite bazofile și neutrofile.

Cromatina sexuală poate fi evidențiată în froctul de sine periferic, în froctul de mucoasă

bucală și pe secțiuni de țesuturi. Testul cromatinei sexuale se utilizează în diverse scopuri, printre care: afecțiuni determinate de anomaliiile cromozomilor sexuali — sindrom Klinefelter, sindromul Turner, sindromul de „superfemelă“; anomaliiile de sex de tipul hermafroditismului adevărat și pseudohermafroditismului pentru diagnosticul de sex înainte de naștere — din lichidul amniotic; în medicina legală și juridică pentru stabilirea sexului victimei; în studiul tumorilor pentru: relevarea naturii tumorii (de exemplu, în tumorile virilizante la femei, sexul cromatinian este de tip feminin, ca și în teratoamele feminine etc.), stabilirea gradului de malignitate al tumorii (raport invers proporțional între malignitate și frecvența corpusculilor Barr) și în grefele de măduvă osoasă pentru a indica acceptarea sau respingerea grefei.

76. BARRÉ^(S) *sindrom* sin. ALGII DIFUZANTE POSTTRAUMATICE; EXTENSOPROGRESIV^(S) *sindrom*; NEVRITĂ ASCENDENTĂ (FICARD) și NEVRITĂ IRADIANTĂ (GUILLAIN) → LERICHE^(S) *sindrom*.

77. BARUK Henri (1897) ● Psihiatru francez de prestigiu, profesor de psihiatrie la Universitatea din Paris (1926) și medic șef al Casei Naționale din Saint Maurice (1932) și este autorul unui număr impresionant de studii privind cercetarea experimentală a particularităților neurofiziologice și biochimice din patologia psihică, cu predilecție din marile sindroame clinice: „Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales” (1926); „La catatonie expérimentale par la bulbocapnine” (1930); „Les psychoses colibacillaires. Etude clinique et pathogénique” (1933) și „La désorganisation de la personnalité” (1952) ș.a. S-a preocupat deopotrivă de problemele morale, sociale și juridice pe care le ridică boala psihică („Psychiatrie expérimentale”, 1945) și de metodele de explorare a personalității patologice („Le test Tsédék, le jugement moral et la délinquance”, 1950; „Traité de psychiatrie”, 1959) și „De l'objectivité à l'inhumanité” ș.a.), și a propus sub titlul de „chitammie” o variantă specială de psihoterapie (de redresare morală). A susținut că aplicarea lcbotcmiei în psihoze este lipsită de fundament științific, determinând leziuni ireversibile ale creierului, și a pledat pentru o dublă formație de psihiatru-neurolog, ca modalitate de înțelegere riguroasă și complexă a tulburărilor psihice.

78. BARUK *metodă* ● Metodă de psihoterapie rațională în care psihoterapeutul induce bolnavului o atitudine optimistă față de problema însănătoșirii și îi oferă o serie de soluții pentru o adaptare mai bună în mediul său obișnuit.

79. BARUK^(T) *test* ● Metodă de depistare a „capacităților morale de judecată”, pe care autorul o implementează în jurul anului 1950. Testul încearcă evidențierea poziției individuale a examinatului în fața unor situații conflictuale standardizate în descriere. Folosindu-ne, ca și în alte teste (Rosenzweig, de exemplu), măsura în care subiectul se proiectează și se identifică cu personajul frustrat din tema supusă analizei, se urmărește atit corectitudinea raționamentelor, cit și încărcătura afectivă a răspunsului. Scalele de evaluare stabilesc în acest mod diferențe esențiale între răspunsurile normalilor și cele ale bolnavilor schizofreni.

80. BASAGLIA Franco (1924—1980) ● Promotorul mișcării antiinstituționale în psihiatria italiană, considerind reevaluarea dialogului medic-pacient nu numai ca necesară, dar și ca obligatorie. Adept al comunităților terapeutice, se situează net împotriva spitalelor de psihiatrie în vechea lor accepțiune. Este considerat unul din inițiatorii legii italiene din 13 mai 1978, pe care BALDUZZI o rezumă la trei elemente esențiale: dispariția mijloacelor de constrângere, sectorizarea asistenței psihiatrice și subordonarea tuturor unităților de asistență formațiunii extraspitalicești, internarea în spitale rămânind o ultimă și extremă decizie.

În mod eronat este considerat de unii un antipsihiatru. Nu a militat împotriva psihatriei, ci a instituțiilor sale anacronice și necorespunzătoare; a confunda „ideea cu zidul” este cu mult mai antipsihiatric decit ceea ce a făcut BASAGLIA pentru psihiatria italiană, care nu a dispărut odată cu aplicarea legii din 1978, așa cum se temeau unii dintre contemporanii lui.

81. BASCINA* *simptome* ● Simptome din psihopatologia schizofreniei infantile, descrise de autoarea sovietică în 1980, care apar la vârste preșcolare, grupându-se în jurul triadei anxietate-frica-negativism și determinind o modificare deosebită și inexplicabilă a comportamentului față de părinți și, cel mai adesea, a comportamentului alimentar. Imposibilitatea corectării acestui comportament, lipsa oricărei motivații raționale, instabilitatea psiho-

motorie, coloratura sa afectivă, au făcut-o pe autoare să-l asemene pe bună dreptate cu un „prototip” al comportamentului delirant.

82. **BASEDOW^(B)** *boală* — sin. FLAJANI^(B) *boală*; GRAVES^(B) *boală*; GRAVES-BASEDOW^(B) *boală*; GUȘĂ EXOF-TALMICA ● Tip de hipertiroidie benignă, produsă prin mecanism autoimun. ADAMS și PURVES (1956) evidențiază în plasma hipertiroidienilor o imunoglobulină cu efect stimulator tiroidian — LATS (long acting thyroid stimulator), având un timp de înjumătățire mult mai prelungit decât al TSH-ului (thyreo stimulating hormone) și acțiune similară cu acesta. Acțiunea LATS se exercită și se menține independent de hipofiză. Una dintre caracteristicile principale ale bolii este dispariția mecanismelor de conexiune neurotiroidiană. A fost descris experimental, Basedow-ul „de spaimă” (așa-numitul „Schreck Basedow”), evidențiindu-se o hipersecreție în lanț de TSH, TRH (thyreo releasing hormone), T₄ (tetraiodtironină sau tiroxină), T₃ (triiiodtironina) în cursul șocurilor emotive. Triada clinică este compusă din tireotoxicoză, exoftalmie, gușă. Psihosindromul bolii Basedow cuprinde simptomele comune hipertiroidiilor: în general: tulburări mnezoprosexice, iritabilitate, labilitate emoțională, anxietate, stări depresive, astenie, neliniște psihomotorie, insomnii. Este posibilă apariția unor episoade psihotice de tip schizofreniform, maniacal, depresiv, paranoic.

83. **BASSEN-KORNZWEIG^(B)** *boală* — sin. ABETALIPOPROTEINEMIE; ACANTOCITOZĂ; DEGENERESCENTĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITOZĂ ȘI STEATOREE ● Afecțiune descrisă în anul 1950 de A. F. BASSEN și L. A. KORNZWEIG; este o ereditate rară, transmisă recesiv-autosomal, caracterizată clinic prin tulburări digestive precoce (tip malabsorbție intestinală), tulburări neurologice ce apar după vârsta de 5—10 ani (ataxie cerebeloasă, tremor intențional, mișcări atetozice, hipo- sau areflexie osteotendinoasă, tulburări de sensibilitate profundă, mioatrofii la nivelul centurii scapulare sau al extremităților), tulburări oculare (retinită pigmentară), tulburări psihice (oligofrenie) și tulburări hematologice (acantocite — 80%) Biochimic, boala Bassen-Kornzweig se caracterizează prin absența în plasmă a betalipoproteinelor, rezultat al incapacității genetice a organismului de a le sintetiza. Tulburările neurologice și oculare au mecanisme patogene incomplet elucidate, incriminându-se un defect primar sau secundar scăderii lipidemiei,

carență de acizi grași esențiali, avitaminoză A sau E. Evoluția și prognosticul sînt în general nefavorabile. Uneori, după vârsta de 3—4 ani, simptomele digestive se pot ameliora. Tratatamentul constă în suprimarea grăsimilor din alimentație și înlocuirea lor cu trigliceride.

84. **BATARISM** (cf. gr. *battarizo* „a vorbi neclar”) ● Tulburare a limbajului vorbit, rezultată în urma accelerării ritmului exprimării verbale, avînd drept consecință o incorrectă pronunțare a cuvintelor astfel încît acestea pot deveni incompreensibile. Apare în stări de surmenaj, surescîtări, manie, intoxicație acută amfetaminică.

85. **BATE, A FI BĂTUT** ● Noțiune desemnînd, în concepția psihanalitică, o fantasmă a cărei analiză i-a oferit ocazia lui FREUD să creeze eseul „Un copil este bătut”. Această fantasmă, ale cărei semnificații sînt complexe, este diferită la bărbat și la femeie; ea trimite în ambele cazuri la imaginea parentală bisexuală și la raportul pasivitate-activitate (P. FEDIDA). Fantasma, după opinia autorilor, este implicată în perversiunile sexuale (sadism, masochism), prin erotizarea durerii și în inhibițiile sexuale la subiecți la care actul sexual are inconștient semnificația unei agresiuni → SADISM, MASOCHISM, AGRESIVITATE.

86. **BATERIE DE TESTE** (engl. *test battery*) ● Ansamblu de teste (probe standardizate) prin care se investighează însușiri, procese sau capacități psihice diferite, în scopul realizării unei predicții asupra reușitei într-o anumită sferă de activitate sau funcție socială.

Există baterii de teste de aptitudini (tehnice, intelectuale, profesionale, motorii, artistice), de interese, de cunoștințe. Testele incluse într-o baterie trebuie să fie în același timp valide (să se coreleze puternic cu criteriul asumat) și independente (să concorde cît mai puțin unele cu altele). Bateriile de aptitudini, ca și cele de inteligență și de cunoștințe sînt utilizate din ce în ce mai frecvent în orientarea școlară (de exemplu, bateria trifactorială Sarton) și în selecția profesională (în transporturi, aviație, artă, tehnică etc.). Pentru rezolvarea unei mari varietăți de cerințe practice, au fost elaborate și aplicate numeroase baterii de teste, mai cunoscute putînd fi considerate ?

Bateria Bonnardel de reacții complexe (RCB), pentru testarea dexterității, este utilă în examenele de selecție din transporturi (unde există un potențial de accidente relativ crescut). În studierea motricității generale se folosește bateria Oseretki (utilizată și în cli-

nică). Aptitudinile tehnice speciale, care presupun înțelegere și inteligență practică, rapiditate perceptivă și memorie, factor spațial și dexterități digitale, acuitate senzorială și precizie, sînt evaluate pe baza bateriilor DAT (the Differential Aptitude Tests), FACT (Flanagan Aptitude Classification Tests) și GATB (General Aptitude Test Battery, creată de B. DVORSAK). În psihodiagnoza aptitudinilor artistice (plastice, muzicale) se utilizează mai des: The Horn Art Aptitude Inventory (cuprinzînd exerciții de schiță, compoziție și desen); The Knauber Art Ability Test și The Wing Standardized Test of Musical Intelligence și The Forum Music Notation Test. În domeniul ingineresc, se utilizează bateria cu șase teste a lui B. V. MOORE și colaboratorii: The Engineering Physical Aptitude și Stanford Aptitude Test. Aptitudinile în diferitele ramuri ale medicinei se testează prin: Aptitude Test for Medical Students (cuprinzînd probe de acuitate vizuală, memorie, vocabular științific, definiții moderne etc.) sau Medical College Admission Test, pentru care la noi în țară există o adaptare realizată de dr. MAXIMILIAN și colaboratorii săi.

În psihiatrie bateria de teste constituie un adjuvant pentru diagnostic și pentru stabilirea nivelului de performanță în diferite stadii defectuale ale remisiunilor schizofrenilor, în evaluarea nivelului intelectual în unele cazuri medico-legale și în general, folosirea unei baterii de teste și a unor inventare de personalitate, în psihiatrie vizează aprecierea unor modificări produse de boală la diferite nivele ale personalității.

87. BATIOESTEZIE (cf. gr. *bathys* „adînc” și *aisthesis* „senzație”) ● Tip de sensibilitate profundă mioarticulară (conferită de terminațiile din mușchi, articulații, tendoane, periost) privind mișcările și poziția corpului.

88. BATOFOBIE^(F) (cf. gr. *bathys* și *phobos* „frică”) ● Teamă exagerată, nejustificată, patologică de adîncime (terestră): prăpăstii, văi, defileuri, care se asociază, deseori, cu fobia de înălțime. Este mai puțin rară decît alte fobii și poate fi însă și expresia unor deficiente senzoriale (vedere, echilibru).

89. BATRACOFOBIE^(F) (cf. gr. *batrachos* „broască” și *phobos*) ● Teamă patologică de broaște, în absența unei experiențe negative anterioare. Relativ rar întîlnită, este mai curînd o expresie a imaturității.

90. BATTIE William (1703—1776) ● Personalitate medicală cu pregătire și preocupări

pluridisciplinare: anatomia la Cambridge, autor al unui manual de fiziologie, administrator al Spitalului Bedlam (Londra, 1743), creatorul și conducătorul Spitalului Saint-Luc (Londra, 1751) și aici introduce ca principii de funcționare camera individuală pentru fiecare bolnav, existența unui personal cu calificare specifică, posibilitatea de atragere a studenților spre această disciplină medicală. În virtutea acestui ultim principiu, din 1753, medicii de la Saint-Luc vor deveni autorizați să formeze noi specialiști. Prin întreaga sa creație și experiență, BATTIE a lăsat o operă luminoasă într-un secol încă întunecat pentru psihiatrie și ideile sale vor prinde viață de abia în secolul al XIX-lea.

91. BATTLE^S semn ● Apariția echimozelor retroauriculare și conjunctivale, însoțite de otoragie, în traumatismele craniene, evidențiind o fractură de stîncă temporală.

92. BAVARDAJ (fr. *bavardage*) ● Hiperactivitate verbală, care nu este însă consistentă în ceea ce privește conținutul de idei sau de informații. Apare, în special, la personalitățile isterice, uneori avînd drept scop atragerea atenției anturajului asupra propriei persoane și în stările anxioase, bavardajul poate avea semnificație compensatorie, reprezentînd o tentativă la disimulare a tensiunii și insecurității subiectului. A nu se confunda bavardajul cu discursul unei persoane pasionate de o temă anume, persoană care încearcă să centreze atenția grupului asupra temei respective.

93. BAYER — confabuloză ● Termen propus de autor în 1943, pentru a desemna o simptomatologie specifică perioadei de rezoluție a unor stări psihotice, considerată de unii autori ca o variantă a sindromelor de tranziție Wick. Caracteristica acestui sindrom este abundența confabulațiilor sistematizate, fără dezorientare spațio-temporală, dar cu lacune mnestice care nu sînt compensate. Diferă de sindromul Korsakov prin prognostic, absența euforiei, instalarea postpsihotică și absența caracterului compensator al confabulațiilor. Uneori pot apărea idei delirante tranzitorii de grandoare, pe care se poate insera o tematică confabulatorie corespunzătoare.

94. BAYER^(D) delir ● Descriș în 1932, face parte din grupa delirurilor sistematizate, fiind asemănător cu delirul indus, de care se deosebește prin faptul că toți participanții sînt bolnavi psihici. Delirul cuprinde două sau mai multe persoane care trăiesc în proximitate și are determinări nu numai endogene,

ci și psihogene, cu caracter patoplastic notabil. În conformitate cu conținutul delirului, opoziția subiecților față de realitate nu se face ca individ, ci ca grup, în care inductorul nu mai poate fi indetificat. Prin această caracteristică se deosebește de psihozele simbiotice Scharffetter, mult mai apropiate de delirul indus.

95. BAYLE Antoine-Laurent-Jessé (1799—1858) ● Elev al lui LAËNNEC, lucrează ca intern la Maison Royale de Charenton și în 1822, își susține teza cu titlul „Recherches sur les maladies mentales”, în care descrie o stare demențială cu paralizie generală incompletă, moment esențial în psihiatrie, această afecțiune fiind, în fond, demența luetică sau ceea ce numim azi paralizia generală progresivă. Teza nu reprezintă decît începutul studiului său privind această boală, căreia îi fixează definitiv (1830—1840) tabloul clinic, încercînd în plus să-i găsească și suportul organic și prin studii anatomopatologice, reușește să stabilească o corelație între arahnoidita cronică (natura sifilitică susținută, ca ipoteză, de FOURNIER, în 1879, este confirmată abia în 1913) și alienarea mintală. Această afecțiune — numită boala lui Bayle — devine un model anatomoclinic ideal și exclusiv, la care sînt raportate timp de o jumătate de secol toate afecțiunile mintale. Este cazul să amintim că, pînă la sfîrșitul secolului al XIX-lea, psihiatria era privită drept un fel de neurologie, tulburările psihice fiind în totalitate atribuite unor leziuni organice. Menționăm că, pentru cei neavizați, acest mod de a privi boala psihică, persistă și ei suspectează prezența unei leziuni organice în afecțiunile psihice pe care nu le înțeleg, pentru simplul motiv de a nu se abate de la unicul model pe care-l cunosc.

96. BAYLE^(B) boală ● Termen prin care este desemnată, în secolul al XIX-lea, paralizia generală progresivă. Numele i-a fost acordat în memoria celui care a descris-o → PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ.

97. BAYTINAL^(M) R.F.G. ● Tiobarbituric puternic, dar cu acțiune de scurtă durată → BARBITURICE.

98. BAZAL (fr. *basal*) ● Noțiune care se referă la un nivel profund, la o structură stabilă. Mulți autori au descris o dispoziție bazală, drept o caracteristică a personalității individuale. Aceasta ar avea o constanță mult mai ridicată, variațiile ei fiind foarte lente. În psihozele afective endogene, după acești autori, cea care se modifică este dispoziția bazală, acest

lucru fiind în concordanță cu ideea de profunzime a tulburării. Tonusul afectiv sau dispoziția bazală este o constanță personală specifică.

99. BAZISTAZIFOBIE^(F) (cf. gr. *basis*, „mers” și *stasis*, „acțiunea de a se ține drept” și *phobos*, „frică”) ● Frica de a staționa (de a se ridica), dar și de a merge, în absența unor motivații organice. Este intilnită, de obicei, la personalitățile histrionice.

100. BAZOFOBIE^(F) (cf. gr. *basis* și *phobos*) ● Teamă de a merge acceptînd însă posibilitatea de a păstra poziția de ortostatism. Este o variantă a precedentei forme de fobie, intilnită în aceleași condiții.

101. BĂTRÎNETE (bătrîn : lat. *veteranus* și sufixul -ețe) — sin. SENESCENTĂ ● Perioadă din existența individului, debutînd în jurul vîrstei de 65 ani (așa cum afirmă majoritatea autorilor), caracterizată prin modificări specifice la toate nivelurile organismului : molecular, celular și tisular, la nivelul organelor și al funcțiilor, la nivelul personalității. Senescența, ca a treia perioadă a vieții (de aceea se folosește și expresia de „vîrsta a treia”) urmează după perioada adultă. Îmbătrînirea poate fi normală (senescența) sau patologică (senilitate). MARCHAND propune o delimitare netă între îmbătrînirea „fiziologică”, nepatologică, și patologia mintală a senilității. După BOURLIÈRE, senilitatea s-ar datoră unei accelerări și exagerări în procesul normal de îmbătrînire. H. EY împarte senescența în două perioade :

- presenescența sau perioada de involuție (între 45 și 65 de ani) și

- bătrînetea propriu-zisă (după 65 de ani). Această împărțire, valabilă în general, devine arbitrară în cazul unui individ anume.

Pentru senescența normală, sub aspect biologic (după H. EY), în ceea ce privește organele, este caracteristică existența a două categorii de fenomene generale : scăderea în greutate a tuturor organelor, cu excepția creierului, a cărui diminuare ponderală este nesemnificativă, și creșterea nevrogliilor, în detrimentul celulelor neuronale, ceea ce are o mare importanță metabolică. Apar o serie de deficite funcționale (senzoriale și senzorio-motorii), datorită unei scăderi a mobilității sau a flexibilității în acomodare. La nivel celular și tisular, îmbătrînirea este marcată de reducerea și atrofia celulelor nobile (cea mai importantă este atrofia neuronală) și se produce, de asemenea, o atrofie a musculaturii striate, a mucoaselor, o reducere a

tuburilor glandulare); în paralel, se înregistrează proliferarea țesutului interstițial (oligodendroglia, fibrele de collagen etc.). Ca alterări intracelulare, se notează: diminuarea corpusculilor Nissl, supraîncărcarea lipidică și pigmentară, hiperchromatie, rarefierea protoplasmiei. Întreg sistemul nervos central suferă aceste modificări neurocitologice. Modificările biochimice vizează: metabolismul apei (diminuarea apei intracelulare); echilibrul electrolitic (creșterea sodiului, clorului și calciului, cu scăderea potasiului, magneziului, fosforului); la nivelul creierului, aceste variații sînt mai mici decît la nivelul altor organe); leziunile intracelulare (diminuarea importantă a activității enzimactice: reducerea activității lipozice determină o supraîncărcare lipoidică, ceea ce provoacă un deficit de oxidare, o scădere a metabolismului bazal).

Sub aspect psihologic senescența normală se caracterizează printr-un proces de îmbătrînire psihică care presupune, pe de o parte, o încetinire (lentoare generală) a tuturor funcțiilor psihice, pe de altă parte, o diminuare generală a vitalității, a energiei de investire, practic a tensiunii motivaționale. În ceea ce privește funcțiile și procesele psihice se notează:

- scăderea semnificativă a eficienței reactivității bazale, a eficienței prosexice și mnezice (dificultăți în ceea ce privește promptitudinea reacțiilor senzorio-motorii, diminuarea capacității de concentrare, fenomene de fatigabilitate în concentrare și dificultăți în achiziția unor noi elemente); diminuarea memoriei urmează legea lui RIBOT: vîrstnicul reține foarte puțin sau deloc evenimente prezente sau apropiate, el reactualizează însă relativ corect evenimente petrecute în prima parte a existenței sale);
- scăderea capacității de orientare în spațiu și a capacității de abstractizare; diminuarea capacității analitice comparativ cu cea sintetică. În ceea ce privește facultățile intelectuale (și în special inteligența), s-a constatat că ele cresc rapid pînă la 25 de ani, se mențin oarecum în platou între 25 și 60 de ani, scăzînd foarte lent, și scad rapid după 60 de ani. WECHSLER, în bateria sa de inteligență a deosebit între „probe care țin” (referitoare la funcții/procese care se degradează foarte puțin cu vîrsta, ca de exemplu, vocabularul, capacitatea de comprehensiune) și „probe care nu țin” (referitoare la funcții/procese care suferă o modificare importantă, de sens negativ, prin îmbătrînire; de exemplu,

calculul mintal, memoria de fixare, sesizarea similitudinilor). Randamentul cognitiv global, în special randamentul intelectual, la persoane de peste 60 de ani se corelează pozitiv cu gradul lor de instruire (nivelul informațional și cultu-



Jordaens

ral), dar și cu gradul în care facultățile mintale au fost solicitate și exersate pe parcursul existenței;

- modificarea timiei spre polul depresiv, cu accentuare a laturii intraversive (proces de repliere pe sine); scăderea cenzurii în ceea ce privește controlul emoțional (labilitate emoțională, datorată unui proces general de regresie, cu creștere a intoleranței la frustrare);
- scădere a forței de mobilizare volițională (hipobulie) pe fondul scăderii generale a energiei motivaționale;
- accentuarea unor trăsături de personalitate (prudentul devine temător, cu înclinații hipocondriace; cumpătatul devine avar; meticulosul devine stereotip și steril; circumspectul devine bănuitor, sensibil); accentuarea acestor trăsături se produce în grade diferite, în funcție de calitatea lor anterioară (ele se accentuează cu atît mai mult, cu cit ele au

existat anterior ca trăsături nevrotice ? AJURIAGUERRA afirmă: „Îmbătrinești așa cum ai trăit”). De reținut este faptul că trăsăturile fundamentale ale personalității ies în evidență, ele nemaifiind armonios integrate în ansamblul personalității. Se vorbește, în procesul îmbătrînirii despre retrogeneză, înțelegându-se prin acest lucru inversiunea sensurilor, de la ascendent la descendent, comparativ cu evoluția etapelor în perioada copilăriei; retrogeneza, ca ansamblu de procese de dezintegrare, specifice îmbătrînirii, se supune aceleiași legi, ca și psihogeneza, ca ansamblu al proceselor de formare și integrare specifice creșterii, în copilărie.

H. EY definește trăsăturile psihologice ale vârstei a treia drept „inertie psihică” sau „psihoscleroză” și le grupează astfel:

- pierderea fluidității mintale (dificultate de evocare a amintirilor și efectuare a operațiilor intelectuale, în genere);
- dificultatea achizițiilor intelectuale noi;
- dificultatea crescândă a adaptării în situații noi;
- perseverarea în teme repetitive;
- modificările afectivității (cea mai importantă fiind diminuarea controlului asupra reacțiilor emoționale);
- reacții compensatorii (conservatorism extrem, cu rezistență la schimbare, trebuință de reafirmare sau întărire a afirmării morale și sociale, autoritarism, atașament excesiv de bunurile materiale proprii, datorită amplificării trebuinței de securitate etc.); aceste manifestări cu semnificație compensatorie au intensități care pot atinge patologicul. Adăugăm că îmbătrînirea, ca retrogeneză, este un proces de regresie, de întoarcere inversă, în sens temporal (întoarcere la etape depășite ale dezvoltării) și în sens formal (moduri de expresie și de comportament inferioare).

În general, se notează, la bătrâni, impresia unei accelerări a scurgerii timpului. O explicație posibilă ar fi, după unii autori, modificarea ritmurilor fiziologice — ipoteza nu și-a găsit confirmări. S-a constatat că experiența subiectivă a timpului, la bătrîn, depinde mai mult de situația prezentă, de trăirea pozitivă sau negativă, gratificantă sau frustrantă a acestei situații. Dispoziția afectivă influențează semnificativ trăirea timpului la vîrstnici și s-au stabilit, în acest sens, analogii între experiența timpului la depresiv și la vîrstnic. În general, bătrînul acordă mai multă importanță timpului,

un an are o altă semnificație pentru un bătrîn, comparativ cu un tinăr. Atitudinea față de bătrinețe, mai ales în ceea ce privește integrarea procesului de îmbătrînire, se reflectă esențial în trăirea timpului; acceptarea subiectivă a curgerii timpului presupune acceptarea, în cazul bătrînului, a apropierii de moarte, în ultimă instanță, a acceptării iminenței acesteia.

Îmbătrînirea nu se produce în același ritm la toți indivizii. Ritmul îmbătrînirii este influențat de: factori genetici acționind prin intermediul eredității, factori sociali, culturali și economici, invalidități fizice, frecvența și intensitatea stresurilor, menținerea în activitate a diverselor funcțiuni, echilibrul psihic și psihosomatic. Îmbătrînirea patologică → **PATOLOGIA VÎRSTEI A TREIA.**

102. „**BĂTRÎNUL ACUZATOR**” ● Expresie care desemnează reacțiile ostile și revendicative ale bătrînului care consideră că îi lipsește climatul, afectivitatea și sollicitudinea pe care el crede că le merită. Poate fi considerată drept o reacție de abandon — mai corect, de fals abandon — sau o variantă a ideii de prejudiciu, în acest caz — moral → **ABANDONUL BĂTRÎNULUI.**

103. **BEARD**⁽²³⁾ boală ● Denumire sub care poate fi înțelinită **NEURASTENIA**, în unele lucrări de la finele secolului al XIX-lea. Ca entitate clinică, a fost descrisă de **BEARD**, în 1869, în „Boston Medical Surgical Journal”. Articolul însă nu a atras atenția decît zece ani mai târziu: în „New-York Medical Journal”, autorul reia descrierea cu mai mult succes, pentru a-i da forma definitivă, în 1880, prin monografia „A practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)”. Nu este lipsit de interes punctul de vedere etiologic al autorului: slăbirea resurselor fizice și intelectuale, ca urmare a surmenajului produs de noui mod de viață (în perioada expansiunii industriale) unor organisme neantrenate pentru anumite eforturi excesive; de remarcat dispariția aproape totală a acestei afecțiuni, în prezent, în unele colectivități care au depășit acest stadiu, și frecvența ei în alte colectivități, aflate încă în acest stadiu.

Anterior lui **BEARD**, simptomatologia de acest tip a mai fost descrisă și de alți autori: **CERISE** — 1841: nevralgie proteiformă; **MONNERET** — 1847: nevroză de epuizare; **WALLEX** — 1850: nevralgia generală; **DEFAU** — 1852: eretism nervos; **DCU-GENS** — 1859: nevropatie; **FRANK** — 1861: iritație spinală; **KRISHABER** — 1864: nevroc-

patie cerebro-cardiacă. Descrierile lor nu au însă acuratețea descrierilor realizate de BEARD, căruia, de altfel, nimeni nu-i contestă prioritatea → NEURASTENIE.

104. **BEARD Georges-Miller** (1839—1883)

● Originar din Connecticut, a absolvit Yale College și a obținut diploma de medic, în 1866, la Colegiul de Medicină din New-York. Preocupat inițial de aplicarea electricității în medicină, scrie în 1871, împreună cu ROKWELL; prima lucrare de electroterapie cunoscută atât în America, cit și în Europa. Principalul său merit este de a fi introdus în medicină conceptul de NEURASTENIE, denumind astfel, în 1869, astenia psihică permanentă, însoțită de variate manifestări funcționale. În 1881, în „American Nervousness, its causes and consequences”, susține că această nevroză este „prin excelență americană”, mai frecventă la sexul masculin, și o apreciază drept consecință a climatului american, a atmosferei lipsite de umiditate și cu o mare încălzură ionică, cu mari variații de temperatură, dar și a ritmului trepidant de viață al populației din lumea nouă. În 1897, el susține că extensia masivă a alcoolului în secolul al XIX-lea este rezultatul dezechilibrului care apare în timpul „luptei” bolnavului neurastenic împotriva deficitului energetic pe care îl resimte.

La începutul secolului al XX-lea, afecțiunea devine „mai puțin americană” și cunoaște o mare vogă în întreaga lume. Astăzi este în regres, în primul rând în S.U.A. (diagnosticul de neurastenienă nici nu mai figurează în DSM III). Zonele în care noțiunea mai prezintă încă un interes deosebit sînt tocmai acelea în care concepția nosologică unitară nu s-a cristalizat încă.

105. **BEATILINA**^(M) Italia — DCI Benactizină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. De reținut acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

106. **BEATITUDINE** (cf. lat. *beatitudo* „fericire”; vezi și fr. *béat* „calm, fără grijă”) ● În accepțiunea etimologică, beatitudinea caracterizează stări psihice de calm, seninătate, pe care imaginația oamenilor le atribuia sfinților din credința creștină; termenul livresc semnifică starea de euforie extremă ce însoțește extazul (mistic). Beatitudinea este o stare absolută de euforie, care include detașarea, pasivitatea față de obiectivismul realității

din jur, realizînd (fără a scăpa de sub controlul rațiunii) un echilibru spiritual superior. P. JANET accentua că această stare de bucurie este condiționată de uitarea (mai bine-zis, ignorarea) realității. Este un atribut psihologic al normalității, în situații particulare, generator de efecte pozitive. În psihiatrie beatitudinea se întâlnește în delirurile mistice, expansive și în intoxicația cu halucinogene euforizante.

107. **BEAUNIS Henri-Étienne** (1830—1921)

● Fiziolog de formație, conduce, din 1872, catedra de fiziologie a facultății din Nancy, unde vine în contact cu BERNHEIM, fiind influențat de acesta. În 1889, organizează la Sorbona, împreună cu A. BINET, primul laborator francez de psihofiziologie. Rod al aceleiași colaborări, apare în 1894 revista „L'année psychologique”.

108. **BECHTEREV-MENDEL**^s semn ● Cei doi autori au descris reflexul constînd în extensia ultimelor patru degete ale piciorului, prin percuția feței lui dorsale, în regiunea cuboidală (reflex cuboideo-digital sau dorso-cuboidal). În leziunile sistemului piramidal, acest reflex apare inversat.

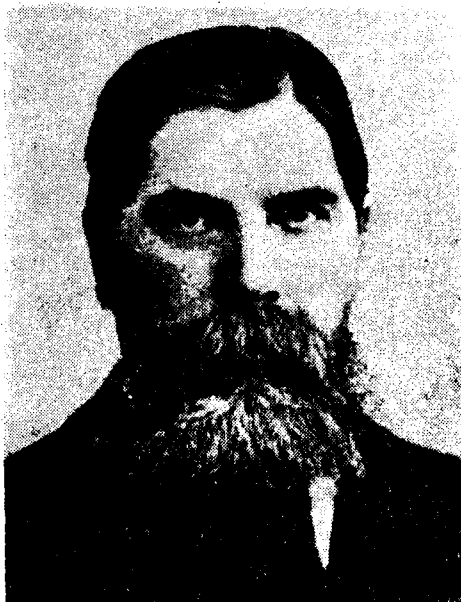
109. **BECHTEREV**^s simptom (parásimbo-*lie*) ● Tulburare de comunicare, apărută în leziunile parietale stîngi, cuprinzînd parafraxii și parafraxii; se poate însoți de afazie senzorială.

110. **BECHTEREV Vladimir** (1857—1927)

● Psihiatru rus; își desăvîrșește pregătirea în Germania (FLECHSIG, WESTPHAL, WUNDT) și Franța (CHARCOT), fiind întemeietorul Societății de neuropatologie și psihiatrie din Rusia (1887). Odată cu venirea sa la conducerea catedrei de boli mintale și nervoase din Petersburg, se poate vorbi de modernizarea învățămîntului clinic de psihiatrie din Rusia. A fost unul dintre promotorii aplicării metodelor obiective în psihologie. Avînd o serioasă formație de anatomist (a descris nucleul ce-i poartă numele) și de neurolog, el stabilește corelații complexe și își dezvoltă teoriile organice în lucrarea „Psihologia obiectivă” (Leipzig, 1913). Publică, de asemenea, o lucrare vizînd domeniul psihologiei sociale: „Sugestia și rolul ei în viața socială”, în care vorbește despre hipnoza în masă și „Reflexologia colectivă”. În 1908, el fondează Institutul de psihoneurologie din Petersburg, pe care-l va conduce pînă la sfîrșitul vieții. Contemporan cu PAVLOV, își dezvoltă opera în paralel cu ilustrul său contemporan. Din păcate însă, între cei doi oameni de știință

deosebit de valoroși au existat divergențe de opinii și animozități insurmontabile.

111. BECK — scală ● Chestionar tip baterie, elaborat de A. T. BECK (1961), utilizat în psihiatrie pentru depistarea și evaluarea



Vladimir Bechterev

depresiei. Constă într-o listă cu 21 de simptome fiecare prezentând patru sau cinci variante de răspuns, ordonate ierarhic (în ordinea crescătoare a intensității simptomului), subiectul trebuind să aleagă (alegere multiplă) răspunsul din cele patru sau cinci posibile. Simptomele inventariate se referă la: dispoziția de fond; anumite sentimente bine circumscrise (de ratare, vinovăție, autoacuzare, de lipsă a satisfacției etc.); tulburări hipnice, ale libidoului și apetitului; fatigabilitate; iritabilitate; cenestezie generală; conduită socială (gradul de interes față de semenii); activitate util-productivă etc. Cu funcții asemănătoare sînt scalele: Boonovski-Chlanpkova, Cutler-Kurland, Hamilton, Raskin etc.

112 BEDDOES Thomas (1760—1808) ● Figură interesantă a medicinei engleze de la finele secolului al XVIII-lea și începutul seco-

lului al XIX-lea, medic convins de viitorul simbioză chimie-medicină. Este inițiatorul Institutului de medicină pneumatică (Clifton, 1793), în care încearcă tratarea bolilor prin inhalarea de gaze — ocazie cu care se descoperă proprietățile anestezice ale protoxidului de azot. Lucrările sale sînt de o mare varietate și erudiție, incluzînd alături de un „Tratat despre calcule”, un poem epic despre cuceririle lui Alexandru și o culegere de povestiri moralizatoare intitulată „Isaac Jenkins”. Fără a avea o formație psihiatrică, el publică în 1802, o culegere de articole despre cauzele bolilor, în care se referă la rolul psihicului și sugerează ideea — novatoare pentru acea epocă — că progresele chimiei vor permite un nou mod de abordare a tratamentului maladiilor mintale. Era cu exact 150 de ani înainte de sinteza primului neuroleptic, realizată în 1952.

113. BEDRANOL^(M) Elveția — DCI *Proprianolol* Psihotrop betablokant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu conduce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

114. BEHAVIORISM (cf. engl. *behaviour* „conduită, comportament”) ● Curent psihologic de factură experimentalistă, fondat, în 1913, de către J. WATSON, ca reacție la introspecționism și bazat pe studiul comportamentului reflex condiționat (în special de tip instrumental) și anume a relației stimul-răspuns (S—R). Minimalizînd pînă la negare funcția integrativă a conștiinței, care „nu mai este nici definibilă și nici teoretic utilizabilă, rămînînd doar un alt cuvînt pentru termenul arhaic de „suflet” (WATSON, 1924), behaviorismul este o doctrină mecanicist-reducționistă, pentru care psihismul este un complex de reflexe condiționate, bazate pe cuplul S—R și care ignoră determinismul pluricausal al acestuia. WATSON concepe dezvoltarea copilului prin prisma a trei sentimente fundamentale, care, recombinîndu-se sub efectul unor condiționări diferite, se înțitnesc și la adult: frica, furia, dragostea. Behaviorismul își are sorginea în aplicarea la om a paradigelor experimentate pe animale. De revoluția behavioristă se leagă numele lui L. MORGAN, specialist în comportamentul animal, al psihologului P. JANET, al lui BINET, PIÉRON și PAVLOV. Ea a avut un larg răsunet în S.U.A., unde în perioada interbelică s-au dezvoltat mai multe școli neobehavioriste, dintre care sînt de men-

ţionat cea a lui HULL, cu teoria sa ipotetico-deductivă a comportamentului, şi cea a lui TOLMAN — behaviorismul cognitiv. SKINNER, respectind metodologia fundamentală a lui WATSON, a îmbogăţit concepţiile behavioriste şi a propus o analiză liberă de orice mentalitate a comportamentului uman, sursă de inspiraţie pentru terapiile comportamentale. Spre deosebire de concepţia S—R, aflată la loc de frunte la începutul secolului, SKINNER pune accentul pe acţiunea selectivă a mediului, întărirea sancţionind răspunsul, așa cum presiunea selectivă acţionează în evoluţia biologică, determinind un anume tip de mutaţii genetice. Reprezentanţii actuali ai behaviorismului pun accentul pe elaborarea conduitelor sociale la om. Existenţa mişcării behavioriste contemporane este considerată de unii ca anacronică, intrucit această etapă, necesară în istoria psihologiei, a fost de mult depăşită. Principalele puncte vulnerabile ale behaviorismului, care au constituit obiectul criticilor, sînt: reducerea psihismului la cuplul S—R, cu eludarea dinamicii interne a fenomenelor subiective, precum şi mecanicismul legilor derivate din această schemă univocă (deducerea comportamentului individual din acţiunea unei excitant determinat şi, reciproc, deducerea naturii stimulului după comportamentul manifest, direct, observabil. În pofida multiplelor critici, behaviorismul îşi păstrează valoarea prin contribuţiile importante aduse psihologiei pe linia studiului experimental al conduitei umane şi animale, precum şi în domeniul învăţării.

115. BEHÇET^(S) *sindrom* — sin. ADAMNAIDIS-BEHÇET^(S) *sindrom*; AFTOZĂ BEHÇET; GILBERT-BEHÇET^(S) *sindrom*; MAREA AFTOZĂ TOURAINS; OCULO-BUCO-GENITAL^(S) *sindrom*; TRIPLU SINDROM BEHÇET ● De etiologie necunoscută (se acreditează de către unii autori, cea virotică), descris în 1937, se conturează drept unul dintre sindroamele zgomotoase, cu multiple manifestări clinice, ce pot fi sintetizate în: aftoză buco-oculo-genitală (masiv şi malign manifeste ocular: irită, keratită, coroidită, retinită); tulburări neurologice de tip meningoencefalitic şi tulburări psihice de tip stuporos-confuziv. Prognosticul este nefavorabil.

116. BELERGA^(M) Elveţia ● Este un medicament compus din alcaloizi toţali din *Radix belladonnae*, *Secale cornutum* şi fenobarbital cu acţiune anticolinergică, simpaticolitică, antispastică, sedativă centrală. Indicaţii: distonii neurovegetative (cardiovasculare, digestive),

arterioscleroză cerebrală, insomnii, vărsături, iritabilitate. Nu se indică în glaucom, abdomen acut, adenom de prostată, fibrilaţie atrială şi pentru copiii sub 7 ani. Poate produce reacţii adverse ca: uscăciunea mucoasei bucale, palpitaţii, tulburări de vedere, alergice.

117. BEHN-ESCHENBERG^(T) test ● Variantă paralelă cu testul Rorschach, destinată bolnavilor care au fost deja supuşi acestui test. Este compus din zece planşe alb-negru şi colorate; a fost introdus în clinică, în 1952. Cotarea se face după aceleaşi criterii ca şi pentru testul Rorschach.

118. BEHN-RORSCHACH^(T) test ● Formă paralelă de test cu pete de cerneală (derivată din tehnica Rorschach), care a fost elaborată de H. ZULLINGER pe baza principiilor testului clasic rorschachian, dar prin standardizarea altor pete de cerneală decît cele originale şi formă utilizată şi în clinică, pentru explorarea structurii personalităţii şi a particularităţilor intelectuale şi afective ale bolnavilor psihici. Tot ZULLINGER a realizat şi forma prescurtată a testului Rorschach (denumită testul „Z”), cuprinzind trei planşe (una neagră, una roşie cu negru şi una policromă), cu răspunsuri la alegere, formă care poate fi aplicată în colectiv, fiind utilă în depistarea bolnavilor psihici din cadrul unei populaţii examinate psihiatric → RORSCHACH^(T) test.

119. BEHR^(P) boală ● Afecţiune eredo-familială, descrisă în anul 1909, avind drept elemente definitorii atrofia optică, semne atetozice şi piramidale, debilitate mintală cu tulburări majore de limbaj.

120. BELCIUGĂŢEANU Corneliu (1922—1973) ● Face studii liceale şi universitare în Bucureşti, cu rezultate excepţionale (şef de promoţie, laureat al universităţii), obţine titlul de doctor în ştiinţe medicale cu lucrarea „Caracterul şi implicaţiile sale în cadrul psihopatiilor”. Îşi continuă cariera psihiatrică, începută la Lugoj, apoi la spitalul „Gh. Marinescu”, unde ocupă şi funcţia de director adjunct. A publicat o serie de articole şi referate privitoare la probleme de psihopatologie, ca şi la problema psihopatiilor. De o remarcabilă erudiţie, bun cunoscător a şase limbi străine, a contribuit şi prin funcţia de redactor responsabil al revistei de psihiatrie la introducerea celor mai noi achiziţii de pe plan mondial în literatura română de specialitate. A avut, de asemenea, preocupări literare şi eseistice, materializate în articole şi două volume de versuri.

121. **BELEAEV** — metodă ● Tehnică derivată din antrenamentul autogen Schultz, bazată pe reproducere senzorială și introspecție. Învățarea unui ritm respirator adecvat și a unei perfecte coordonări ideo-motorii joacă rolul principal în practicarea acestei metode, mai ales în variantele ei de liniștire și de mobilizare. Rolul sugestiei este diminuat în favoarea capacității de imaginație și a auto-sugestiei. Influența conceptelor pavloviene de inhibiție-excitație are un rol notabil.

122. **BELHOMME** Jacques (1737—1824)

● Putea fi unul dintre cei câțiva timplari anonimi pe care îi avea Charonne la mijlocul secolului al XVIII-lea, dacă soarta nu i-ar fi dat prilejul de a îngriji un copil idiot al unui nobil local. Nobilul îi oferă mijloace materiale, dar îi abandonează pe amândoi, plecând la Paris, unde îl va aștepta în final ghilotina. Timplarul educator începe să fie din ce în ce mai preocupat de ceea ce face și pune bazele unei „pensii pentru bolnavii mintal”, care ulterior va deveni celebra „Casă Belhomme”, unde încep să fie angajați medici. Soarta îi dă ocazia lui BELHOMME să se mai întâlnească o dată cu psihiatria: primul medic angajat nu este altul decît PINEL, care își începe aici cariera ce poartă eticheta umanizării psihiatriei. La conducerea „Casei Belhomme” va veni, tot cu concursul inițiatorului ei, un alt BELHOMME, fiul celui dintîi și unul dintre precursorii pedopsihiatriei.

123. **BELHOMME** Jacques-Etienne (1800—1880) ● Născut și crescut în atmosfera Casei de sănătate mintală Belhomme, fiul inițiatorului ei nu putea găsi o alegere mai bună pentru viitoarea sa profesiune decît cea de psihiatru. În 1824, îl găsim la Salpêtrière, avînd dascăl pe ESQUIROL și susținîndu-și teza „Essai sur l'idiotie”; lucrarea are ca scop major găsirea unor metode de ameliorare a intelectului acestor pacienți. El este unul dintre precursorii pedopsihiatriei, studiînd, în același timp, corelația leziunilor nervoase și a localizării lor cu manifestările clinice ale maladiilor mintale. Va conduce celebra „Casă Belhomme” de la moartea tatălui său pînă în 1852, cînd o va preda nu mai puțin cunoscutului AR-CHAMBAULT.

124. **BELL** — manie ● Termen întrebunțat de Luther BELL, psihiatru american (1806—1862), în 1849, pentru a descrie o stare de excitație maniacală supraacută, cu agitație

psihomotorie, incoerență, limitarea conștiinței, insomnie, deshidratare, hiperpraxie, cu evoluție rapidă și prognostic nefavorabil.

125. **BELL^S** semn. ● Deviere supero-laterală a globului ocular, caracteristică paraliziilor faciale periferice, apărută în urma intenției subiectului de a închide pleoapele. Este util în diagnosticul diferențial al determinării funcționale față de cea organică.

126. **BELLACORN^(M)** Polonia → sin. **BELERGA^(M)** Elveția; **BELLASPORN^(M)** Cehoslovacia.

127. **BELLAK^(T)** test ● Test aperceptiv folosit în clinica infantilă, introdus în practică de soții BELLAK, în 1955, pentru investigarea copiilor sub 10 ani. Testul este compus din zece planșe, reprezentînd diverse animale în situații care amintesc relațiile interumane. Proiecția micului pacient dă relații asupra situațiilor conflictuale în care este angrenat, precum și asupra unor trăsături de personalitate.

128. **BELLAPRONT^(M)** Argentina — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

129. „**BELLE INDIFFÉRENCE**” ● Termen sugestiv, preluat ca atare din terminologia psihiatrică franceză, pentru a denumi atitudinea istericului față de propriile sale manifestări. Atitudine plină de aparent paradox, de asociere între teatralismul, dramatismul manifestărilor care alcătuiesc „scenariul” și calmul, seninătatea, indiferența subiectului față de aceste manifestări și „belle indifférence” apare astfel ca opusă total anxietății care ar fi de așteptat ca urmare a manifestărilor spectaculare pe care le prezintă (sincer) istericul, dînd aparența unui fenomen de disociație. Descrisă în tabloul clinic clasic al isteriei, deși frecventă, ea nu este totuși constantă (LADER), manifestările isterice fiind însoțite uneori de o anxietate crescută.

130. **BELLOFORM^(M)** Elveția — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofe-

drine, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

131. **BELLOC^(M)** Austria, R.F.G. — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (±)-1-(isopropilamino)-3-*p*-(2-metoxietil)fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, medicina psihosomatică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

132. **BELONEFOBIE^(F)** (cf. gr. *belone* „ac”; *phobos* „frică”) — sin. **BELONOFOBIE** ● Frică patologică, nejustificată, fără o experiență negativă anterioară, față de înțepătura produsă de ace. Prezintă în nevroze, la personalități dizarmonice, în cazurile de imaturitate, schizofrenie.

133. **BELPAX^(M)** Portugalia — DCI *Ami triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[*a,d*]-cicloheptenă- $\Delta^{5,\gamma}$ propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

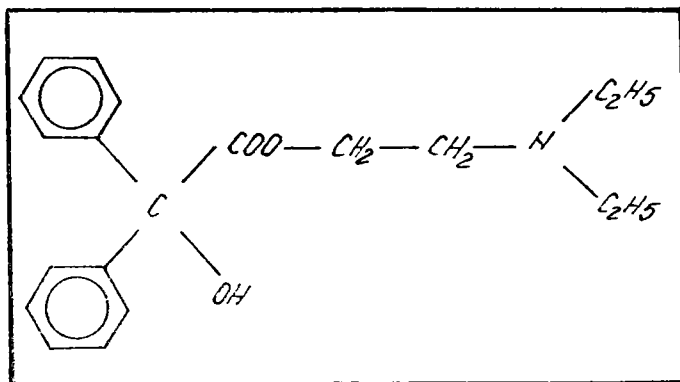
134. **BELSEREN^(M)** Belgia — DCI *Dipotassium Clorazepate* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

adresează centrilor bulbari: cardiac și respirator, și sistemului reticular ascendent; are o acțiune de scurtă durată, datorită oxidării rapide; nu are efect psihoton. Indicat în intoxicații și în coma barbiturică. Este utilizat drept stimulator în EEG, pentru formele inaparente de epilepsie.

Prođuși similari:
AHYPNON^(M) R.D.G.
MEGIMIDE^(M) Franța

136. **BENACTIZINE^(DCI)** ● Derivat difenilmetanic de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. De reținut acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului. Constituie principiul activ al următoarelor tranchilizante:

ACTOZINE^(M)	Canada
AMICIL^(M)	U.R.S.S.
AMITACON^(M)	Ungaria
AMIZIL^(M)	U.R.S.S.
ARCADIN^(M)	Anglia
BEATILINA^(M)	Italia
BENACTYZIN(E)^(M)	R.S.C.
CAFRON^(M)	Anglia
CEDAD^(M)	Italia
CEVANOL^(M)	Anglia
DIAZIL^(M)	U.R.S.S.
LUCIDEX^(M)	Argentina
LUCIDIL^(M)	S.U.A.



135. **BEMERGIDE^(M)** Cehoslovacia — DCI *Bemergid* ● Analeptic care, deși prezintă o structură chimică asemănătoare cu cea a barbituricelor, clinic reprezintă antagonistul stării de deprimare respiratorie produsă de acestea și, deci, antidotul specific. Acțiunea sa se

MORCAIN(E)^(M)	Japonia
NEUCETIN^(M)	Japonia
NEUROBENZILE^(M)	Italia
NOICETIN^(M)	Japonia
NUTINAL^(M)	Anglia
PARAGONE^(M)	Israel

PARASAN ^(M)	Danemarca
PARPON ^(M)	Japonia
PHOBEX ^(M)	S.U.A.
PROCALM ^(M)	R.D.G.
SPATOMAC ^(M)	Franta
SUAVITIL ^(M)	Danemarca
SVAVITIL ^(M)	Austria
TRANQUILLACTINE ^(M)	Italia
TRANQUILLINE ^(M)	Israel

137. **BENALGEN**^(M) Japonia — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepressive și miorelaxante. Cu o bună toleranță, influențând însă reflexele conducătorilor auto. Indicat în psihogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, util în afecțiuni psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

138. **BENDER**^(T) test ● Test clinic de personalitate pentru copii, cunoscut și sub numele de test de structurare vizuală; are la bază legile gestaltiste, prin care se pun în evidență caracteristici ale inteligenței, creativității și personalității copilului, precum și întârzierea, în dezvoltarea psihomotorie, tulburări afective, de limbaj și de percepție, consecutive unor leziuni organice cerebrale, fenomene nevrotice și psihotice (de tip disociativ). Se folosesc nouă figuri geometrice cu grade diferite de complexitate, pe care subiecții inițial le copiază, apoi le reproduc din memorie, pentru ca ulterior (în faza de „elaborare”) să le modifice (poziția, mărimea, plasarea în pagină etc.), în sensul în care doresc.

139. **BENDER-FISCHER-ADAMS**^(S) *sindrom* ● Sindrom amnestic global și tranzitoriu, a cărui etiologie este încă nelămurită, dar se presupune a fi legată de tulburări circulatorii în teritoriul arterei vertebrobasilare. Amnezia survine brusc, se referă la evenimentele cuprinse într-un interval ce variază de la ore la câteva zile și are caracter lacunar. Nu are tendința la repetiție. Diagnosticul este dificil de stabilit.

140. **BENERECEPTOR** (cf. lat. *bene* „bine” ; fr. *récepteur*) ● Termen introdus de TRO-LAND, în 1928, referitor la caracterul stimulativ-compensator al factorilor motivaționali, în geneza și susținerea unei activități sau în realizarea de performanțe.

141. **BENEDIKT-KÜSSMAUL** — *aflexie* — sin. CECITATE VERBALĂ PURĂ ● Agnozie optică, descrisă în deceniul al VIII-lea al secolului trecut, caracterizată prin incapacitatea de a înțelege un text citit. Se întâlnește în leziuni occipitale ale emisferului dominant și în unele cazuri de leziuni temporale.

142. **BENEDIKT Moritz** (1835—1920) ● Psihiatru austriac, atras inițial de efectele electricității asupra organismului — ca de altfel și BEARD, în America, în aceeași perioadă — publică în 1869, la Viena, un studiu despre electroterapie. Ulterior, ca medic șef al policlinicii din Viena, este confruntat cu numeroase probleme ale neurologiei și psihatriei, domeniu care îl atrage; descrie o maladie neurologică, pe care CHARCOT o numește sindromul Benedikt (hemiplegie cu paralizie oculară contralaterală), iar în domeniul psihatriei, boala care-l preocupă este isteria. Lansează ideea — nu tocmai corectă, dar susținută de unii profani și astăzi — potrivit căreia isteria trebuie legată și raportată la tulburări ale vieții sexuale sau la traume în acest domeniu, suferite în timpul copilăriei, luând în considerație faptul că fiecare subiect își are „viața sa secretă” care-i determină aspirațiile. Aceste idei sînt dezvoltate în cele două lucrări mai importante ale sale: „A doua viață” și „Tratat asupra spiritului uman”.

143. **BENEFICIU** (cf. lat. *beneficium* „binefacere, favoare”) ● Cîștig, profit, folos, pe care-l poate dobîndi subiectul într-o investiție făcută sau într-un fapt/situație independent(ă) de voința sa. În sens financiar, reprezintă diferența între investiție și realizări. Prin extrapolare, termenul a fost utilizat de psihanalști spre a desemna orice satisfacție directă sau indirectă obținută de subiect prin maladie → **BENEFICIU PRIMAR** și **BENEFICIU SECUNDAR**.

144. **BENEFICIU PRIMAR** ● Termen care, în teoria psihanalitică, definește refugiu în boală, datorită unor mecanisme de apărare patogene ale Eului. Nevroticul își realizează indirect, prin simptom, tendințele refulate, fiind astfel tributar principiului plăcerii. Simptomul, ca formațiune de compromis, reprezintă întoarcerea refumatului. Deci tendințele refulate rămîn inconștiente și nu sînt supuse controlului Eului și principiului realității. În dinamica constituirii simptomelor nevrotice intră simptome în care subiectul găsește o sursă de satisfacții inconștiente, posibilitatea

eliberării de tensiuni, realizarea unui echilibru (precar) cu mediul. Constituie tema „refugiului în boală”. Realizat pe principiul plăcerii, procesul nevrotic tinde spre diminuarea tensiunii. Beneficiul este pus în evidență de cura psihanalitică, prin rezistența pe care subiectul o opune dorinței conștiente de vindecare. Beneficiul apare în această concepție ca fiind în legătură directă cu semnificația simptomelor și este însăși motivația nevroticului, prin satisfacția pe care simptomele o oferă, prin refugiul pe care bolnavul și-l găsește în boală și prin modificarea relațiilor convenabile cu mediul. După FREUD, beneficiul primar are două componente: o parte internă, legată direct de reducerea tensiunilor prin mecanismul „fugii în boală”, și alta externă legată de relațiile interpersonale. Desigur că această a doua legătură, pusă în lumină și corect explicată teoretic de psihanaliză, a fost de mult observată nu numai în psihiatrie, ci și în întreaga medicină, tratatele clasice de medicină internă relatând cazuri de bolnavi care „nu puteau renunța la boala lor”. Nu numai terapia psihanalitică, ci și toate celelalte psihoterapii și, desigur, chimioterapia intimpină, în cazul nevrozelor, aceeași rezistență în procesul de vindecare, rezistență care nu ține însă de motivațiile conștiente ale subiectului.

145. BENEFICIU SECUNDAR ● Prin prisma psihanalizatorilor, reprezintă avantajele suplimentare pe care subiectul le obține din exterior, în timpul sau după o boală. El se crede investit cu un statut particular, care stabilește o anumită adaptare economică și un anumit echilibru interpersonal. În „Introducere în psihanaliză”, ca și mai târziu în „Inhibiția, simptom și angoasă”, FREUD delimitează noțiunea de beneficiu secundar, diferențiind-o de beneficiul primar. El va descrie beneficiul secundar ca un mod de reacție al Eului față de simptom, pe care pare a nu ști cum să-l elimine, de care nu se apără, încorporându-l și încercând să tragă un maximum de profit din boala propriu-zisă. Beneficiul secundar se deosebește de cel primar prin:

- apariția sa bruscă drept un câștig suplimentar, sau utilizarea de către subiect a unei boli deja constituite;
- caracterul extrinsec în raport cu determinismul inițial al bolii și al sensului simptomelor;
- faptul că este vorba de satisfacții narcisice sau legate de autoconservare, mai curând decât de satisfacții direct libidinale.

Beneficiile secundare îngreunează procesul terapeutic; ele pot genera o rezistență extremă la orice intervenție, așa cum se întâmplă mai ales în nevrozile posttraumatice sau în iatrogenii, în care fenomenul de „rentnevroză” este legat direct de acest mecanism. Deși uneori este evident că materializarea propriu-zisă a beneficiului este neînsemnată și că renunțarea la boală ar fi mult mai profitabilă, mecanismul nevrotic menține la subiect rezistența față de schimbare. În cura psihanalitică poate apărea (și din nou precizăm că nu numai în aceasta, ci și în orice proces terapeutic) un tip deosebit de manifestare a rezistenței la vindecare, când subiectul găsește în relația transferențială stabilită mai multă satisfacție decât în vindecare (relația transferențială devenind beneficiu secundar). În cazurile cu afecțiuni organice diagnosticate, de tipul cardiopatiei, insuficienței renale, diabetului etc. s-a pus problema efectuării unor psihoterapii sau cure analitice, întrucât acești subiecți pot prezenta mecanisme de apărare legate de beneficiul secundar.

Este de reținut faptul că boala poate determina atât de multe avantaje secundare, încât orice încercare de psihoterapie, care presupune adeziunea profundă a subiectului, se soldează cu eșec.

146. BENIGN (cf. lat. *benignus* „binevoitor”, amabil, generos) ● Termen medical general care, prin opoziție cu malign, desemnează caracterul evolutiv mai favorabil al unei afecțiuni sau al unui proces morbid (tumoră, evoluție etc.).

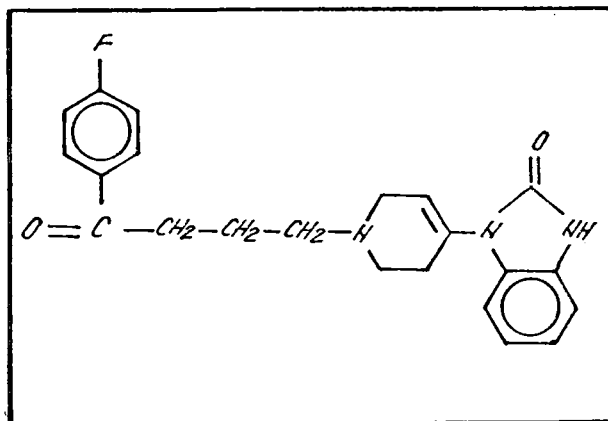
În psihiatrie, benignitatea este un atribut conferit de obicei psihogeniilor, față de „malignitatea” endogeniilor (atribuit nu întotdeauna valabil, o psihoză zgomotoasă și abundând în semne clinice, putându-se remite uneori mai bine decât o „banală nevroză”).

147. BENJAMIN^(S) sindrom ● Afecțiune cu determinare perinatală, observată cu frecvență crescută la prematuri, constând în următoarea constelație simptomatică: oligofrenie, anemie hipocromă, hidrocefalie, hipoplazie genitală, fragilitate osoasă. A fost descris în 1911.

148. BENOIT-AMAT^(S) sindrom — sin. AMAT^S semn ● Descris, independent, de BENOIT, în 1926 și de AMAT, în 1930 și a fost reunit ulterior de FRIEDMAN în sindromul care le poartă numele. Clinic, se manifestă prin închiderea ochilor, consecutiv deschi-

derii gurii — invers semnului Cunn, ambele fiind prezente în perioada de remisie a paraliziei nervului facial.

149. **BENZOIL^(M)** Japonia - DCI *Flurazepam*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de



tip 7-clor-1-/2-(diethylamino)etil-/5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

150. **BENPERIDOL^(DCI)** ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil) propil-/4-piperidil-/2-benzimidazolină, indicat în neliniștea și agitația din psihozele schizofrenice, catotonice și paranoide-halucinatorii, în psihoze de involuție și în manie. În afara efectelor secundare clasice ale NL incisive, trebuie menționate acțiunea sa proconvulsivantă și faptul că diminuează acțiunea L-dopa. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

ANQUIL ^(M)	Anglia
CONCILIUM ^(M)	Argentina
FRENACTIL ^(M)	Belgia, Franța
GLIANIMON ^(M)	Grecia, R.F.G.

→ BUTIROFENONE.

151. **BENPON^(MC)** R.F.G. ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:

● **NORTRIPTILINA** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic]

● **FLUPENTIXOL** — neuroleptic, derivat tioaxanic. Are acțiune antidepresiv-anxiolitică.

152. **BENSEDIN^(M)** Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă.

Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

153. **BENSEDREX^(M)** Canada — DCI *Propilhexedrină* ● Psihostimulent, derivat difenil-etilaminat de tip (±)N,α-dimetilciclôhexanetil-amină, cu valențe anorexigene și, practic, fără efecte simpaticomimetice, ceea ce îi conferă posibilități mai largi de utilizare → PSIHOSTIMULENTE.

154. **BENSON^(M)** Italia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică și o singură contraindicație — miastenia.

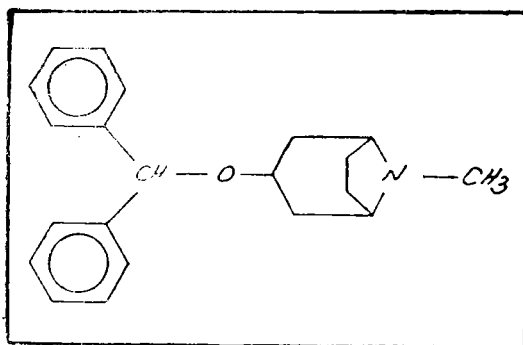
155. **BENSYLATE^(M)** Canada — DCI *Benzotropină* ● Psihotrop, cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizanțelor, este de altfel un derivat difenilmetan de tip 3-(difenilmetoxi)tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, colinolitice și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale neurolepticilor. Nu se administrează în sarcină, la virstnici și copii, deoarece poate produce hipotensiune.

156. **BENT^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anti-

convulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de azi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M)

157. **BENTHAM Jérémie** (1748—1832) ● Personalitate interesantă și controversată; în lucrarea sa „Tableau des sources de l'action" dezvoltă o filozofie neopiecuriană, potrivit căreia acțiunile și actele sînt determinate în mod egoist, numai de interesul personal. În același timp, are preocupări privind organizarea și construcția spitalelor de psihiatrie, propunînd construcția unui „Panopticon" pentru supravegherea bolnavilor psihici (edificiu realizat de arhitectul STARK, în 1814, la Glasgow). Preocupat permanent, uneori în mod exagerat, de ideea de a fi util, își lasă propriul cadavru pentru a fi folosit la disecție, în scopul instruirii studenților.

158. **BENTON^(T)** test ● Test de retenție vizuală, creat de Arthur L. BENTON (1945) în scopul investigării particularităților memoriei imediate și foarte utilizat în clinică: pentru relevarea gradului de deteriorare mnestică a subiecților cu leziuni cerebrale; în depistarea debilităților exo-și endogene și a tulburărilor de natură psihosomatică. Testul constă din planșe cu figuri geometrice, care trebuie reproduse din memorie. Există o formă cu trei variante (C, D și E) cuprinzînd cîte zece planșe fiecare. Subiectul este invitat să privească timp de 10 secunde o planșă și apoi să o deseneze din memorie. Testul se poate aplica la persoane avînd vîrsta între 8—65 ani. Pentru subiecții cu dificultăți motorii (pa-



reze, hemiplegii etc.), se folosește o formă cu două variante paralele (F și G), care are la bază principiul alegerii multiple. Instrucțiunile sunt asemănătoare formei cu trei variante (expunerea fiecărei planșe timp de 10 secunde),

iar planșele cuprind figuri geometrice din variantele formei de bază (C — 10 planșe; D — 5 planșe; F — 5 planșe; G — 15 planșe), subiectul trebuind să identifice o figură geometrică din patru răspunsuri posibile.

159. **BENZALIN^(M)** Japonia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepine, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

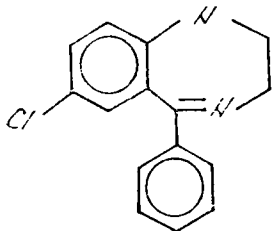
160. **BENZATROPINE^(DCI)** ● Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor; este de altfel un derivat difenilmetanic de tip 3-(difenilmetoxi)tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, antihipertensivă și anti-histaminică, după unii autori, și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale NL incisive, se bucură de o bună toleranță. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii, putînd produce hipotensiune. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

AKITAN ^(M)	Finlanda
BENSYLATE ^(M)	Canada
COGENTINOL ^(M)	R.F.G.
COGENTIN(E) ^(M)	Anglia, Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Japonia, Olanda, S.U.A., Suedia.

161. **BENZEDRYNA^(M)** Canada, Polonia, S.U.A. — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (±)-α-metilfenetilamină simpaticomimetică, cu acțiune stimulatorie asupra SNC, înlătură oboseala fizică și intelectuală, reduce somnul pînă la suprimare, reduce apetitul. Nu duce la creșterea randamentului. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la apariția efectelor secundare și a dependenței. Indicat în narcolepsie, etilism cronic și acut, psihoze alcoolice, depresii inhibitate și, în asociere cu fenobarbitalul (pentru combaterea efectelor secundare ale acestuia), în unele forme de epilepsie. Administrarea este contraindicată în boli cardiovasculare, hipertiroidism, feocromocitom, sarcină, agitație, PMD (faza maniacală), asocierea cu IMAO. În general, nu este recomandabil să fie administrat numai pentru a combate oboseala → PSIHOSTIMULENTE.

162. **BENZODIAPIN^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → NAPOTON^(M) România.

163. **BENZODIAZEPINE** ● Substanțe psihotrope cu acțiune tranchilizantă, constituind cea mai utilizată, cunoscută și eficientă grupă. Seria este deschisă de RAUDALL, în 1960, cu Clordiazepoxidul. Calitățile psiho-



farmacologice ale grupeii sînt determinate de efectele lor anxiolitice, sedative, miorelaxante și stimulente, evident în pondere diferită de la un produs la altul (de altfel, acești produși sînt foarte numeroși). Mecanismul de acțiune este incomplet elucidat. Se pare că ele produc inhibiție asupra substanței reticulare și a sistemului limbic și au o acțiune stimulentă asupra receptorilor unui aminoacid (glicina) cu funcții inhibitorii în creier. Principalele indicații ale acestor substanțe sînt reprezentate de înșăși acțiunea lor: anxiolitică, sedativă, miorelaxantă și stimulatorie și au deci o paletă largă de utilizări în medicina psihosomatică, în nevroză și ca adjuvante sau pentru potențarea neurolepticelor în psihoze. Sfera largă de utilizare și buna toleranță au generat însă o puternică tendință spre automedicație din partea publicului. Efectele secundare sînt, în general, minore, constînd în: somnolență, deprimare motorie, simptome vegetative, uscăciunea gurii, greață, tulburări de tranzit intestinal. În doze mari pot produce, în mod paradoxal, fenomene de excitație ale sistemului nervos central. În timpul tratamentului este contraindicată ingestia de alcool, asocierea putînd determina tulburări psihice, care pot atinge intensitatea unor stări confuzive, cu agitație psihomotorie. Principalele contraindicații ale grupeii sînt reprezentate de miastenie, glaucom avansat, insuficiențe respiratorii.

În practica curentă, există un număr foarte mare de produși farmaceutici din această grupă, peste 700. Prezentăm o clasificare a

celor mai des utilizați, în funcție de structura lor chimică:

- Clordiazepoxid^(DCI): NAPOTON^(M), CALMODEN^(M), DIZEPIN^(M), LIBRIUM^(M);
- Medazepam^(DCI): MEDAZEPAM^(M), NIVELTON^(M), NOBRIUM^(M), RUDOTEL^(M);
- Nordazepam^(DCI): LOMAX^(M), MADAR^(M), SOPAX^(M), VEGESAN^(M);
- Diazepam^(DCI): DIAZEPAM^(M), ANXIOLIN^(M), DEPOCALM^(M), DIPAM^(M);
- Nitrazepam^(DCI): NITRAZEPAM^(M), ETAN^(M), LAGAZEPAM^(M), MOGADON^(M);
- Flunitrazepam^(DCI): DARKENE^(M), LIBELIUS^(M), RONYPNOL^(M), VALSERA^(M);
- Bromazepam^(DCI): COMPENDIUM^(M), LEXAURIN^(M), LEXOTANIL^(M);
- Prazepam^(DCI): CENTRAX^(M), DEMETRIN^(M); LYSANXIX^(M), PRAZENE^(M);
- Flurazepam^(DCI): DELMATE^(M), MIODORM^(M), STAURODORM^(M), VALDORM^(M);
- Oxazepam^(DCI): OXAZEPAM^(M), ADUMBRAN^(M), IRANIL^(M), PRAXITEN^(M);
- Temazepam^(DCI): EUHYPNOS^(M), PLANUM^(M), SIGNOPAM^(M), TASONAL^(M);
- Lorazepam^(DCI): ATIVAN^(M), LORSILAN^(M), TAVOR^(M), TEMESTA^(M), WIPAX^(M);
- Clorazepate^(DCI): AUDILEX^(M), TRANEX^(M), TRANEXEN^(M), VERAX^(M);
- Camazepam^(DCI): ALBEGO^(M), AMOTRIL^(M), NEBOLAN^(M), PAXOR^(M);
- Oxazolam^(DCI): CONVERTRAL^(M), QUIADON^(M), SERENAL^(M), TRANQUIT^(M);
- Clloxazolam^(DCI): BETAVEL^(M), OLCADIL^(M), SEPAZON^(M), TOLESTAN^(M);
- Ketazolam^(DCI): ANXON^(M), CONTRAMEX^(M), LOFTRAN^(M), UNAKALM^(M);
- Estazolam^(DCI): DOMNAMID^(M), ESILGAN^(M), NUCTALON^(M);
- Clobazam^(DCI): CLARNYL^(M), FRISIUM^(M), URBANYL^(M),

- **Tofisopam**^(DCI) : GRANDAXIN^(M), GRANDAXINE^(M), SERIEL^(M).
- Seria continuă, dintre acestea amintim :
 - **Etilloflazepate**^(DCI) : VICTAN^(M) ;
 - **Haloaxazolam**^(DCI) : SOMELIN^(M) ;
 - **Bentazepam**^(DCI) : THIADIPONE^(M) ;
 - **Midazolam**^(DCI) : DORMICUM^(M) ;
 - **Alprazolam**^(DCI) : XANAX^(M) ;
 - **Triazolam**^(DCI) : HALCINON^(M) ;
 - **Brotizolam**^(DCI) : LENDORMIN^(M) ;
 - **Etizolam**^(DCI) : HALCINON^(M), DEPAS^(M) ;
 - **Triflubazam**^(DCI) : TRIFLUBAZEPAM^(M).
- TRANCHILIZANTE.

164. **BENZOTRAN**^(M) Australia — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); are acțiune sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat



Alexis Berbiguier

miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

165. **BENZOXAZONE**^(M) Italia — DCI Caroxazonă ● Psihotrop de tip 2-oxo-2H-3-

benzoxazine-3(4H)-acetamide, cu acțiune sedativă și antidepresivă.

166. **BERBIGUIER Alexis-Charles** (1764—1851) ● Autor a trei volume, editate între 1821—1822, își descrie mai bine ca nimeni altul propriul delir de persecuție de mare amploare, produs prin mecanisme interpretative. Începutul bolii pare a se situa în jurul anului 1814—1815, cînd autorul, angrenat într-un proces de moștenire, intră în contact cu „tracasările legii”, fiind angrenat într-o avalanșă pe care nu o mai poate nimeni opri. Cu ultimii bani, editează și un supliment la lucrare, în care îl include și pe psihiatrul PINEŁ, devenit „Monstrul persecutor”. Cazuł devine sinonim cu delirul de persecuție și este prezentat în toate tratatele de psihiatrie ale secolului al XIX-lea.

167. **BERGER** — *acalculie* ^{sin.} → ACALCULIE PRIMARĂ.

168. **BERGER Gaston** (1896—1960) ● Filozof și psiholog francez, cu o bogată activitate practică și didactică. Acordă o importanță deosebită tipologiei în studiul personalității umane, fiind adept al modelului tipologic al lui HEYMANS și WIERSMA pe care l-a făcut, prin lucrările sale, mai cunoscut decît au reușit creatorii acestuia. Este, în același timp, și creator al unor metode psihologice de investigare a personalității (chestionarul Berger), pentru aprecierea trăsăturilor caracteriale. Principalele lucrări : „Tratat practic de analiză a caracterului” (1950), „Omul modern și educația lui”, apărut postum (1962).

169. **BERGER Hans** (1873—1941) ● Psihiatru german, elev și asistent al lui BINSWANGER, pe care îl va urma la conducerea catedrei (1918). Studiile sale pornind de la încercarea de obiectivizare a substratului fiziologic al activității psihice, pe care încearcă să o măsoare, îl conduc spre electroencefalografie, care-i datorează mult. Îi cunoaște pe CATON, MARKOW, BECK și continuă experiențele lor, transferindu-le de la animale la om. În 1924, realizează prima înregistrare a biocurenților, la un subiect, posttrepanare și nefiind sigur de rezultate, repetă experiența, iar în 1929, publică prima lucrare pe plan mondial referitoare la EEG, sub titlul „Über das Elektrenkephalogramm des Menschen”. Descrie cele două ritmuri fundamentale alfa și beta și descoperă că ritmul alfa este inhibat de stimulii luminoși. În 1934, în revista „Brain”, ADRIAN și MATHEWS fac cunoscute într-un articol, descoperirile electroencefalografice ale lui

BERGER, cunoscute pînă atunci numai în țările de limbă germană. Se retrage din activitate în 1938 ; se sinucide la 30 mai 1941, în timpul unui episod depresiv.

170. BERGER — paranoia ● Formă involutivă de paranoia, care evoluează fără a duce la demențierea subiectului, descrisă de BERGER în 1913. Conceptul de paranoia de involuție al lui KLEIST, îi este similar.

171. BERGER — ritm EEG ● Reunește ritmul alfa și beta sub numele de ritm Berger, desemnînd în acest fel ritmurile considerate fiziologice. Acest ritm apare astfel ca sinonim cu ritmul normal, în timp ce RITMUL GRAY, ce reunește ritmurile teta și delta, ar constitui ritmul patologic, în sensul că atît ritmul teta, cît și delta, au fiecare în parte semnificație patologică.

172. BERGERON^(B) boală — sin. COREE ISTERICĂ ; COREE ELECTRICĂ ● Sindrom coreiform care apare în clinica de psihiatrie infantilă, cu determinare psihogenă. Spasmele coreo-atetozice sînt mai marcate în regiunea scapulohumerală și dispar în somn.

173. BERGSON Henri (1854—1941) ● Important filozof francez din perioada interbelică, inițiatorul intuiționismului. Face studii matematice și filozofice, este profesor de liceu timp de 16 ani la Angers, Clermont-Ferrand, Paris și apoi la Collège de France. Este membru al Academiei Franceze și laureat al Premiului Nobel (1930). Din 1925 suferă de un reumatism cronic primitiv invalidant, care îi limitează mult activitatea didactică. Pronovează spiritualismul antiintellectualist de sorginte metafizică, revalorificînd pozitivismul lui A. COMTE și negînd compatibilitatea spiritului cu metodele științelor exacte. Numai intuiția poate explica realul și timpul, conceput ca durată și nu ca spațiu măsurabil în unități de timp. Intuiția duratei devine la BERGSON instrument de cunoaștere autentică a profunzimilor Eului și a fenomenelor sociale, afectivitatea ca sensibilitate creatoare primind asupra intelectualității, în cadrul devenirii continue a Eului și societății. „Devenirea” este determinată de elanul vital (entelehia lui H. DRIESCH, cu care BERGSON teoretizează vitalismul dogmatic), un principiu vital pur, neinfluențat de condiții obiective. Realitatea Eului și a lumii sociale este fluidă în ordinea „devenirii pure”, rod al unei creativități pure, liberă de legi și mereu înnoită. BERGSON dezvoltă conceptul de „curgere a conștiinței” („stream of consciousness”),

creat de W. JAMES în „Principii de psihologie” (1900), pe care acesta îl explicase ca „o curgere”, pe mai multe nivele a psihismului (a gândirii, conștiinței, vieții subiective) și el introduce monologul interior (1889) ca



Henri Bergson

modalitate fidelă de a explora conținutul acestui fluid al conștiinței.

Preluat magistral în literatură (J. JOYCE în monologul lui Mollye Bloom din „Ulysse”, V. WOOLF), dar și anticipat (STERNE în „Tristram Shandy”), monologul interior a constituit, alături de intuiția introspectivă, o aplicare a bergsonismului în psihologie (inițiată chiar de BERGSON), ca metodă de investigație și cunoaștere a Eului, aptă de a evita capcanele falsificatoare ale limbajului și normelor sociale. Abordarea experimentală sau prin intermediul limbajului ar ascunde și ar deforma Eul, acesta exprimîndu-se numai prin actul liber ce emană din reculegerea meditativă. Constituindu-se într-o metafizică a creației, intuiționismul bergsonian nu poate depăși valoarea contribuțiilor lui HEGEL și MARX asupra devenirii, a existențialismului în domeniul libertății, a psihanalizei în abor-

scăderea Eului, a lingvisticii și structuralismului în studiul limbajului și al realității sociale.

Conceptele bergsoniene au însă meritul de a jalona vitoarea cale a analizei (reducției) fenomenologice a subiectivității în situația de a fi în lume.

Lucrări principale: „Eseu asupra datelor imediate ale conștiinței” (1889), „Materia și memoria” (1896), „Risul” (1900), „Evoluția creatoare” (1906), „Energia spirituală” (1919), „Cele două surse ale moralei și religiei” (1932).

174. **BERI-BERI**^(B) *bolă* ● Deficit subacut sau cronic de vitamina B₁, descris sub acest nume pentru prima dată în Asia la populațiile care trăiau în condiții de malnutriție. Tulburările psihice constau în depresie, instabilitate, nervozitate, scăderea capacității de concentrare a atenției, inapetență, însoțind neuropatia periferică și insuficiența cardiacă. Poate trece ușor, în cazul unei evoluții acute, spre encefalopatia Gayet-Wernicke sau sindromul Korsakov → AVITAMINOZE.

175. **BERKELEY** George (1685—1753) ● Filozof englez, episcop, principal reprezentant al idealismului subiectiv. Teza fundamentală a filozofiei sale este „a exista înseamnă a percepe”. După BERKELEY realitatea constă din senzații, lucrurile nefiind decît complexe de senzații. Pentru a evita impasul solipsismului, BERKELEY a recurs la conceperea unor „spirite” în care iau naștere senzațiile, ca și a spiritului divin universal, care este cauza ultimă a senzațiilor și a ordinii acestora. Opera sa principală este: „Tratat asupra principiilor cunoașterii omeneste”. BERKELEY a fost un adversar al materialismului, criticînd categoria de materie, pe care o declară lipsită de sens, o abstracție goală.

176. **BERKOLOL**^(M) Anglia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propan-diolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftil-oxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **PROPRANOLOL**^(M).

177. **BERKOMINE**^(M) Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil-/10,11-dihidro-5H-dibenz/b, f/zepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, utilizat în special în depresia endogenă, se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent: 12—14 zile. Este necesar ca trata-

mentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroză minimum 3 luni, în psihoze 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRIN**^(M).

178. **BERNARD** Claude (1813—1878) ● Fiziolog și ginditor francez, adept al metodei experimentale în biologie și al explicației deterministe a fenomenelor vitale; este unul dintre fondatorii fiziologiei și endocrinologiei. A adus contribuții la studiul funcției glicogenetice a ficatului, al rolului pancreasului în digestia grăsimilor, al fenomenelor electrice din mușchi și nervi, al rolului sistemului nervos central în apariția diabetului și în reglarea vasomotricității, al acțiunii paralizante a curarei. Este creatorul termenilor de „mediu intern” și „secreție internă”. În lucrarea sa „Introducere în studiul medicinei experimentale” (1865), formulează o serie de reguli ale metodologiei observației, experimentului și ipotezei științifice, depășind cadrul fiziologiei și înscriindu-se printre clasicii epistemologiei.

179. **BERNHEIM** Hippolyte Marie (1840—1919) ● Medic francez; născut la Mulhouse, face studiile medicale la Strassbourg. După 1870 este asistent la facultatea din Nancy, iar din 1877 va conduce catedra de medicină internă a acestei facultăți. Din 1872 este atras de rezultatele spectaculare pe care LIÉBEAULT le obține cu tratamentul prin hipnoză (metodă pe care și-o aplică cu succes pentru a-și vindeca o afecțiune algică de care suferea). Va deveni adeptul inflăcărat al acestei metode și conducătorul așa numitei „școli de la Nancy” (BEAUNIS, LIÉGEOIS, LIÉBEAULT), care, în ciuda faptului că BABINSKI a calificat-o „universitate de țară”, a putut obține o strălucită victorie științifică în disputa cu academia școală de la Salpêtrière, condusă de autoritarul CHARCOT.

Fără să fie neurolog sau psihiatru, BERNHEIM a reușit să clarifice mult mai precis natura fenomenului hipnotic, arătînd rolul important pe care îl joacă sugestibilitatea, și să demonstreze că între hipnoză și isterie nu există o relație de necesitate. Principalele sale lucrări sînt: „De la suggestion et les applications a la thérapeutique de l’hysterie” (1913); „De la suggestion dans l’état hypnotique et dans l’état de veille”; „Automatisme et suggestion” (1917). FREUD a fost unul dintre cei care au recunoscut de la început valoarea tezelor lui BERNHEIM. În 1934 BABINSKI își va recunoaște eroarea din tinerețe și-l va omagia pe maestrul din Nancy, pe care, „sugestionat” de CHARCOT, îl atacase atît de violent.

180. **BERNREUTER^(T)** test ● Inventar al personalității introdus în practica psihiatrică de către autor în 1931. Cuprinde 125 de întrebări selecționate din chestionarele Thurstone, Allport etc. Se evaluează patru aspecte: tendințe nevrotice (desemnate cu codul B_1-N), autosuficiența (B_2-S), introversiunea-extroversiunea (B_3-I) și dominare-supunere (B_4-D). Cotele se stabilesc separat pentru fiecare din cele patru aspecte. Normele sint prezentate pe centile și pe sexe pentru tineri și pentru adulți. S-au calculat corelațiile între rezultatele obținute la cele patru scale. Există o corelație ridicată între tendințele nevrotice și variabila introversiune-extroversiune.

181. **BERNSTEIN^S** semn ● Semn descris la subiecții catatonici, la care, dacă li se imprimă o atitudine forțată la unul din membrele superioare iar apoi în mod brusc și celuilalt, se observă dispariția poziției impuse primului membru. Poate fi folosit ca o probă de depistare a simulației.

182. **BERNSTEIN^(T)** test ● Imaginat în 1911, testul explorează nivelul intelectual al subiectului căruia i se cere să stabilească succesiunea unor evenimente prezentate într-o serie de imagini. Urmărind unele detalii ale desenului, subiectul testat poate reface ordinea cronologică a unor serii. Probe de acest tip au fost folosite ulterior într-o largă serie de baterii de teste ale nivelului de inteligență.

183. **BERRO^(T)** test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **BEHN-ESCHENBERG^(T)** test.

184. **BERS-CONRAD^(S)** sindrom ● Sindrom întâlnit destul de frecvent în psihozele virstricilor, având drept elemente definitorii: halucinații tactile, convingerea delirantă privind existența unei boli parazitare și stăruința de a beneficia de tratament numai pentru acest aspect.

185. **BERTALANFFY Ludwig von** (1901—1973) ● Biolog și filozof de origine austriacă, profesor universitar la Viena, Ottawa, Los Angeles, Alberta, inovator al biologiei teoretice, pe care a încercat să o fundamenteze matematic, fondator al concepției „organismice” și sistemice în fiziologie și morfologie. Conform concepției sale, organismul are legi proprii nivelului particular de integrare al materiei vii. Opere principale: „Biologia teoretică” (2 volume) — 1932—1942; „Imaginaea despre lumea biologică” — 1949; „Roboții,

oamenii și cunoștințele” — 1967; „Teoria generală a sistemelor” — 1969.

186. **BERTRANISM** ● Perversiune sexuală deosebit de rară: necrosadism care asociază necrofilia cu sadismul, manifestat prin dezmembrarea cadavrului în bucăți. Numele perversiunii este legat de cel al unui sergent francez, erou de tristă amintire, al cărui proces de scandal a avut loc în secolul trecut.

187. **BERZE^(M)** halucinații — sin. **HALUCINAȚIILE OPTICOKINESTICE** ● Halucinații vizuale în care o mină invizibilă scrie pentru bolnav în spațiu, într-un interval limitat, cu litere luminescente sau fosforescente, mesaje de o deosebită importanță pentru acesta. Aceste mesaje scrise cu „peniță invizibilă” se întilnesc în delirurile alcoolice; au fost descrise prima oară în 1923.

188. **BEST^(M)** Argentina — DCI **Diazepam** ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

189. **BESTIALITATE** (fr. *bestialité*; cf. lat. *bestialis* „sălbatic, animalic”) ● Înșușire a comportamentului uman constind în brutalitate, descărcare (agresivă) instinctuală, asemănătoare cu manifestările animalelor. În general, orice comportament uman apropiat de comportamentul animal poate fi calificat ca bestial. În sens restrins, prin bestialitate se înțelege căutarea și realizarea raporturilor sexuale cu animale. Sinonimă uneori cu sodomia sau cu zoofilia, bestialitatea este considerată de SCHERER „ca cel mai îngrozitor păcat din toate păcatele Sodomei”. Credința populară atribuie acestui tip de comportament nașterea monștrilor. Ca perversiune sexuală în care obiectul dorinței îl reprezintă animalele, ea poate să apară la ambele sexe, asociată uneori cu perversiuni de tip sadomasochist. Se întilnește în oligofreniile avansate (gradul II și III), în unele demențe (senilă, alcoolică), în unele episoade psihotice (manie, episoade confuzionale cu agitație) și apare de asemenea la marii dizarmonici perversi, în cadrul unor acte sexuale delictuale pedepsite de lege.

190. **BESTIAR^(T)** test (fr. *bestiaire*) ● Chestionar utilizat în practica psihiatrică infantilă, structurat în trei părți și bazat pe întrebări și răspunsuri orale (răspunsuri raportate la etaloanele stabilite pe grupe de vîrstă și pe sexe), elaborat de ZAZZO și MATHON. Se pun în evidență trăsături caracteriale și tulburări patologice din sfera instinctual-afectivă și cognitivă, prin identificarea copilului cu un anumit animal (din cele 18 înscrise în chestionarul propriu-zis) și prin raportarea lui la perioadele vieții și la statutul de sex pe care-l proiectează sau introiectează.

191. **BETA ANTAGONIȘTI** ● Substanțe care acționează la nivelul receptorilor beta-adrenergici, determinind efecte simpatomimetice prin intermediul acestora, motiv pentru care se mai numesc și simpatomimetice directe, spre deosebire de drogurile de tip amfetaminic, care interferează eliberarea noradrenalinei din depozite. Astfel, la nivelul betareceptorilor acționează izoproterenolul și izopropil noradrenalina, iar la nivelul receptorilor β_2 , salbutamolul, orciprenalina și terbutalina. De menționat acțiunea beta-agonistă a catecolaminelor, dintre care adrenalina are acțiune atît pe β_1 -cit și pe β_2 -receptori, avînd alături de amfetamine, capacități crescute de a stimula proprietățile sistemului nervos central, producînd iritabilitate, anxietate, tremor, insomnii.

Izoproterenolul, produs sintetic catecolaminic, are o afinitate foarte redusă pe receptorii alfa și foarte puternică pe receptorii beta, putînd fi considerat aproape un agonist pur. Principalele efecte ale acestei categorii de substanțe sînt bronhodilatația, creșterea frecvenței cardiace, fiind indicate mai ales în astmul bronșic și colulul nașterilor premature, unde intervin prin abolirea contracțiilor mușchiiului neted uterin. Administrarea este limitată de efectele secundare psihice, care apar mai ales la doze mari.

192. **BETA — ritm EEG** ● Unul dintre ritmurile principale (alfa, beta, teta, delta) ale activității bioelectrice a creierului, format prin oscilații continue diferențiate după :

- frecvență : 14—30 cicl/secunde, cu variații imperceptibile ;
- amplitudine : 5—30 μ V ;
- morfologie : neregulat, rapid, asincron, asimetric ;
- localizare : frontal și parietal ;
- proporția în traseu : 2—30% (ritm mediu-sărac).

Neinfluențat de stimulare, ritmul beta apare mai ales în regiunile motorii și poate fi blocat de efortul voluntar. Prezența unui ritm beta rapid și amplu în derivațiile anterioare poate ridica problema unor tipuri de epilepsie „grand mal” (CRICHEL), dar trebuie menționată apariția unui ritm beta cu caracteristici identice și în cazul utilizării îndelungate a barbituricelor și tranchilizanțelor. Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecțiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului beta :

- ritm beta difuz, frecvent întilnit în majoritatea afecțiunilor psihice ;
- ritm beta localizat (frontal bilateral) : schizofrenie, cicatrice cerebrale ;
- ritm beta în „fusuri de medicație” : barbiturice tranchilizante.

Drept variantă a ritmului a fost descris ritmul gama cu frecvența 30—40 cicl/secundă, amplitudine 5—15 μ V, localizare posterioară ; nu se poate pune în evidență cu mijloace standard. Nu este unanim acceptat drept variantă a ritmului beta (Federația Societății de EEG).

193. **BETABLOC^(M)** Elveția, Franța — DCI *Butidrină* ● Betablocant de tip α -(sec-butilamino) metil/-5,6,7,8-tetrahidro-2-naftalinmetanol, indicat în anxietate, alcoolism, ca adjuvant în combaterea sevrajelor, în distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

194. **BETABLOCANTE** ● Substanțe farmacodinamic active ale sistemului nervos vegetativ, utilizate inițial pentru afecțiuni cardiovasculare. Sinteza și folosirea în practică a acestor substanțe a demonstrat rapid eficacitatea lor asupra unei game mai largi de tablouri psihopatologice, de la starea de stress, anxietate, implicări psihosomatice, pînă la tentative de utilizare în scop antipsihotic. KIELHOLZ, considerînd anxietatea un efect al stimulării sistemului nervos vegetativ simpatic (adrenergic), pune în evidență o serie de simptome care vin în favoarea acestei supoziții : midriază, tremor fin al extremităților, uscăciunea gurii, paloare facială, spasm intestinal, transpirații, tahicardie, palpitații, anorexie, disconfort gastric, diaree, tahipnee, senzație de opresiune toracică, constricție laringeană, micțiuni frecvente, insomnii de adormire, precum și valori crescute ale tensiunii arteriale și glicemiei. Tot KIELHOLZ consideră ca echivalente ale anxietății : cefaleea, dificultățile de concentrare, fatigabilitatea, activitatea lipsită de scop cu stare de agitație, tensiunea intrapsihică, agresivitatea (atacul, ca reacție paradoxală ce

apărare), autoagresivitatea (impulsuri suicidare), reacțiile de fugă, tulburările cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, foamea imperioasă, tremurăturile, diareea, polakiuria — răspund la medicația betablocantă. El pune în evidență avantajul betablocanțelor față de medicația tranchilizantă, menționând faptul că acestea nu duc la toleranță și nici la dependență fizică și psihică. Din punct de vedere farmacodinamic, betablocantele sînt substanțe asemănătoare ca structură fizică cu catecolaminele (adrenalina, noradrenalina, dopamina), cu care concură la nivelul receptorilor beta-adrenergici (tip β_1 și β_2). Pe lângă efectul betablocant comun tuturor produșilor din această grupă, betablocantele mai au și alte efecte, care le diferențiază între ele: efect stabilizator de membrană sau anestezic local; afinitate selectivă față de anumite organe (în funcție de receptorii β_1 și β_2 conținuți de acestea); acțiune stimulentă intrinsecă (ISA).

● **Efectele betablocanțelor :**

● **cardiovasculare :**

— scăderea frecvenței cardiace și a forței de contracție a miocardului (efect maxim cînd simpaticotonia este mai accentuată, efect minim asupra unui subiect în repaus); efectului inotrop negativ i se datorează diminuarea pînă la suprimare a durerilor anginoase din boala coronariană, prin scăderea cantității de oxigen consumată; fluxul coronarian devine suficient pentru abolirea durerilor anginoase și diminuarea frecvenței, accelerată de angor;

— efecte asociate — inhibiția secreției de renină. Este cunoscut faptul că stimularea betareceptorilor renali duce la o secreție crescută de renină; determinînd o hiperproducție de angiotensină II (vasoconstrictor puternic), cu acțiune directă asupra tunicii musculare vasculare și cu efect asupra secreției de aldosteron, care exercită influențe și asupra tonusului simpatic prin acțiune centrală și periferică, crescînd nivelul noradrenalinei circulante și realizînd astfel un cerc vicios, în a cărui combatere, folosirea betablocanțelor și-a dovedit eficacitatea, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm, boala coronariană devenînd indicațiile de elecție ale acestora;

● efecte asupra musculaturii bronșice—unde predomină receptorul β_2 , care deter-

mină, prin stimulare, relaxarea musculaturii bronșice; administrarea betablocanțelor poate provoca însă bronhospasm, motiv pentru care s-a căutat elaborarea de substanțe cu acțiune selectivă (predominant asupra miocardului);

● efecte asupra metabolismelor. — atît lipoliza cît și glicogenoliza, aflîndu-se sub controlul sistemului nervos simpatic pot fi influențate de către betablocante în sensul inhibiției. La diabetici betablocantele influențează și prelungesc efectul insulinei, de aceea administrarea lor se va face cu prudență, în scopul evitării unor accidente hipoglicemice;

● efecte asupra terminațiilor nervoase presinaptice — experimental s-a dovedit că efectele betablocante par a fi similare cu efectele stimulatorii ale alfa-receptorilor;

● efectul stabilizator de membrană, afinitatea selectivă pentru anumite organe, activitatea stimulentă-intrinsecă — pot juca un rol în legătură cu efectele centrale ale betablocanțelor. Este probabil că afinitatea selectivă pentru anumite organe se datorează tipurilor de receptori existenți în aceste organe: de exemplu, practololul, metoprololul, acebutolul — sînt betablocante cu acțiune predominantă asupra β_1 -receptorilor care predomină în miocard, putîndu-se administra și pacienților cu pneumopatii cronice obstructive, fără risc de spasm bronșic (la nivelul musculaturii netede bronșice predominînd β_2 -receptorii). Activitatea simpaticomimetică intrinsecă constă în proprietatea anumitor betablocante de a exercita, pe lângă efectul principal de betablocadă, o ușoară activitate stimulentă a betareceptorilor, care previne suprimarea totală a impulsurilor simpatică, factor de dezechilibru și de reacții secundare nedorite la anumiți subiecți; această proprietate este independentă de cardioselectivitate: metoprololul (betablocant cardioselectiv) și propranololul (care nu are cardioselectivitate) nu au activitate stimulentă intrinsecă, în timp ce practololul (cardioselectiv pozitiv) și oxprenololul (cardioselectiv negativ), o au;

● efecte asupra sistemului nervos central; pornîndu-se de la constatarea clinică a efectelor periferice ale betablocanțelor asupra funcționalității organelor dirijate ale sistemului nervos vegetativ

simpatic, s-a constatat că administrarea lor determină modificări psihice, comportamentale și neurologice, caracterizate prin schimbări în pragul de activitate, de vigilență, de excitație și de anxietate. Au fost concepute trei ipoteze ale mecanismului de acțiune a betablocantelor asupra sistemului nervos central :

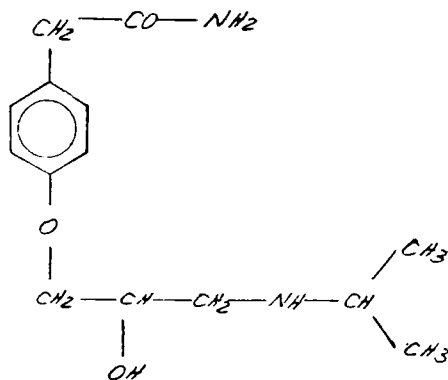
- la nivelul creierului pot genera efectele sus menționate datorită acțiunii directe și specifice a betablocadei care întrerupe fluxul de informație primit prin mecanisme beta-adrenergice ;
- o altă explicație ar fi efectul central nespecific independent de receptorii adrenergici sau de proprietățile betablocantelor ;
- prin mecanism periferic, informațiile conținând modificările periferice datorate betablocadei s-ar transmite pe cale neuronală sau umorală la nivelul creierului, determinând aici apariția efectelor centrale, responsabile de modificările observate la nivelul psihismului.

Din aceste ipoteze ar rezulta :

- Existența unor fibre adrenergice la nivelul sistemului nervos central, constituind un sistem responsabil de efectele observate prin acțiunea betablocantelor.
- Existența receptorilor de tip beta la nivelul postsinaptic care, activați de substanțe adrenergice, ar provoca modificări specifice ; acești receptori pot fi inactivați de substanțe cu efect betablocant. Experimental a fost dovedită atât existența unui sistem central adrenergic, cât și a betareceptorilor postsinaptici. Sistemul central adrenergic ar avea rol în : controlul gradului de vigilență, fenomenele de învățare (learning) și recompensă (reward), controlul foamei și sațietății, al termoreglării. Se presupune în final că efectele betablocante s-ar datora nu atât unei acțiuni centrale, cât mai ales periferice, de unde eficacitatea lor maximă în tulburări vegetative, în afecțiuni psihosomatice. Din trecerea în revistă a modalităților de acțiune a betablocantelor, rezultă și felul în care aceste substanțe pot fi folosite în domeniul psihiatriei :
- stările de anxietate cu sau fără simptome somatice asociate (deși par a fi mai eficace în cele de origine soma-

togenă), neurastenii, nevroză obsesiv-fobică, depresii endogene, ca adjuvant al tratamentului antidepresiv (P. KIELHOLZ, W. POLLINGER) ;

- în tratamentul alcoolismului și al dependenței de droguri (A. M. FREEDMANN) precum și în sindroamele de sevraj cu etiologii diferite (P. LEVIN, E. ROTH) ;
- în sindroamele anxioase la copii (G. NISSEN) ;
- în tulburările de somn (W. P. KOELLA) ;
- în tratamentul tremorului indus de litiu (H. KAISER, L. FLORA), al tremorului parkinsonian (H. CERONE, I. L. CORBETT), al tremorului senil (M. K. THOMPSON) ;
- pentru ridicarea anumitor performanțe sportive (L. SIITONEN, I. JANNE) ;



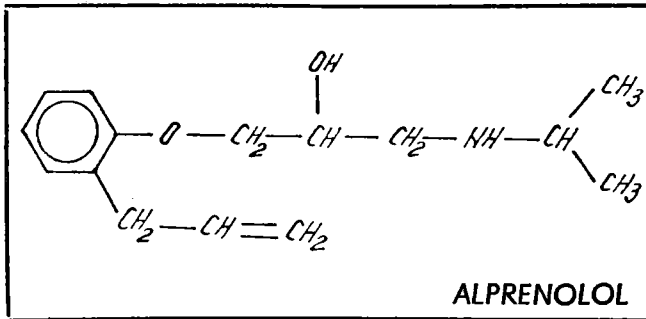
ATENOLOL

- în tratamentele psihozelor, în doze mari (W. GRÜTER).

Există foarte numeroși produși farmaceutici cu acțiune betablocantă utilizați drept psihotrope ; în funcție de acțiunea și structura lor chimică, prezentăm următoarea clasificare :

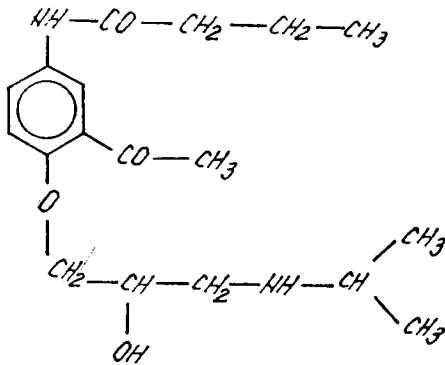
- Acebutolol^(D.C.I.) :
DIASECTRAL^(M) Danemarca, Finlanda
NEPTAL^(M) R.F.G.
PRENT^(M) Austria, Elveția, Italia
R.F.G.,

- NORMITEN^(M) Israel
- TENORMIN^(M) Anglia, S.U.A.
- TENORMINE^(M) Elveția, Franța, Italia,
R.F.G., Spania



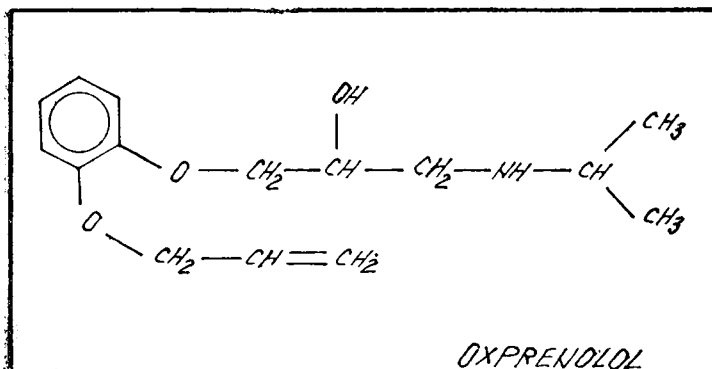
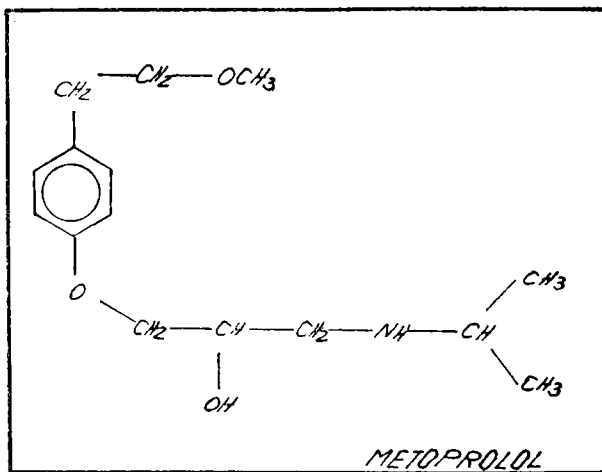
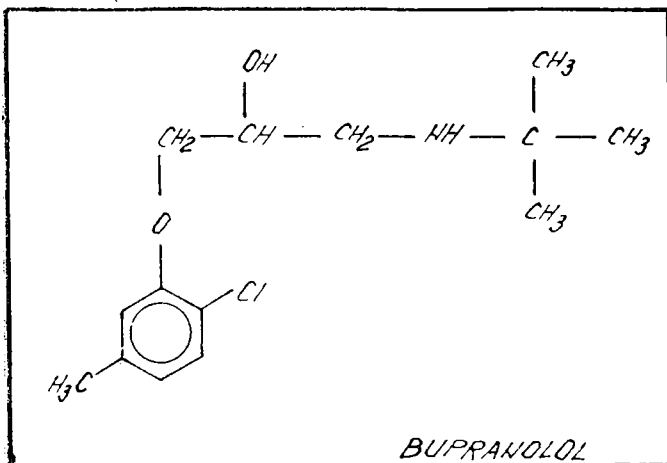
- RHODIASPECTRAL^(M) Argentina, R.F.G.
- SECTRAL^(M) Anglia, Franța, Olanda
Spania,
- Alpreno^(D.C.I.) :
APROBAL^(M) Japonia
APTIN^(M) Franța, Italia, Iugoslavia,
R.F.G., Spania,

- Bucumolol^(D.C.I.) :
BUCUBOLOL^(M) Japonia
BUCUMALOL^(M) Japonia
- Bufetolol^(D.C.I.) :
ADOBIOL^(M) Japonia
- Bufuralol^(D.C.I.) :
ANGIUM^(M) Elveția
- Bunitrolol^(D.C.I.) :
BETRILOL^(M) Italia
STRESSON^(M) Austria, R.F.G.
- Bupranolol^(D.C.I.) :
BETADRAN^(M) Franța
BETADRENOL^(M) Elveția, R.F.G.
LOOSER^(M) Japonia
MONOBELTIN^(M) Argentina
PANIMIT^(M) R.F.G.

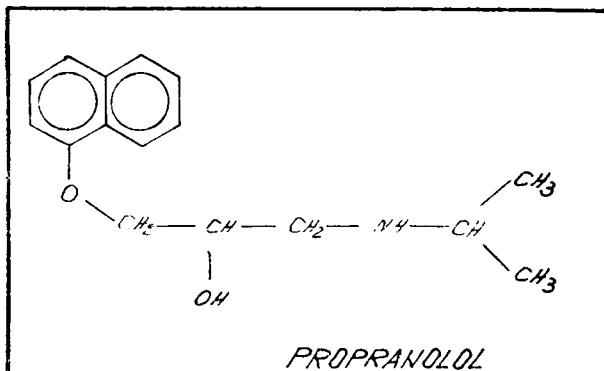
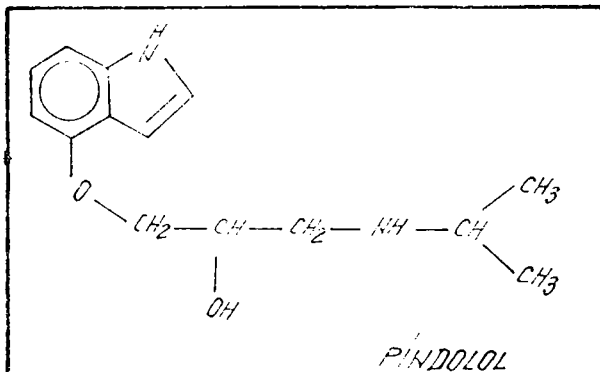
**ACEBUTOLOL**

- APTOL^(M) Elveția
- CORBETAN^(M) Israel
- GUBERNAL^(M) Elveția, Franța
- REGLETIN^(M) Japonia
- Atenolol^(D.C.I.) :
ATENOL^(M) Brazilia, Finlanda

- Butidine^(D.C.I.) :
BETABLOC^(M) Elveția, Spania
RECETAN^(M) Italia
- Butofilol^(D.C.I.) :
CAFIDE^(M) Franța
- Carazolol^(D.C.I.) :
CONDUCTION^(M) R.F.G.
- Carteolol^(D.C.I.) :
MIKERAN^(M) Japonia
- Caliprolol^(D.C.I.) :
CELECTOL^(M) Austria
- Indenolol^(D.C.I.) :
PULSAN^(M) Japonia
- Meprindolol^(D.C.I.) :
CARIDIAN^(M) Iugoslavia
CORINDOLAN^(M) R.F.G.
- Metipranolol^(D.C.I.) :
DISORAT^(M) Canada, Elveția, R.F.G.,
TRIMEPRANOL^(M) Cehoslovacia



- **Metoprolol^(D.C.I.)** :
 BELOC^(M) Argentina, Austria, R.F.G.
 BETALOC^(M) Anglia, Canada, Olanda
 LOPRESOR^(M) Elveția, Franța, Italia,
 R.F.G.



- NEOBLOC^(M) Israel
- PRELIS^(M) R.F.G.
- SELOKEEN^(M) Franța, Italia, Olanda,
Spania
- SELOPRAL^(M) Finlanda

- **Meprolol^(D.C.I.)** :
 OMERAL^(M) Italia
- **Nadolol^(D.C.I.)** :
 ANABET^(M) Portugalia
 CORGARO^(M) Anglia, Elveția, Franța,
 S.U.A.
 SOLGOL^(M) R.F.G.
- **Nifenalol^(D.C.I.)** :
 IMPEASEL^(M) Argentina
 INPEA^(M) Italia, R.F.G.

- **Oxprenolol^(D.C.I.)** :
 CORDEXOL^(M) Elveția
 CORETAL^(M) Polonia
 DIALICOR^(M) Grecia
 OXANOL^(M) Spania
 TRASICOR^(M) Anglia,
 Belgia, Franța, R.F.G.,
 S.U.A.
 ZETONIUM^(M) Grecia

- **Penbutolol^(D.C.I.)** :
 BETAPRESSIN^(M) Elveția,
 Olanda, R.F.G.

- **Pindolol^(D.C.I.)** :
 BETADREN^(M) Elveția
 CARVISEN^(M) Japonia
 DECRETAN^(M) Elveția,
 R.F.G.
 PINLOC^(M) Finlanda
 VISKEN^(M) Anglia, Franța,
 Italia, R.F.G., S.U.A.

- **Practolol^(D.C.I.)** :
 DALZIC^(M) R.F.G.
 ERALDIN^(M) Anglia, Dane-
 marca, Elveția,
 Finlanda
 PRAKTOL^(M) Finlanda

- **Pronetalol^(D.C.I.)** :
 ALDERLIN^(M)

- **Propranolol^(D.C.I.)** :
 PROPRANOLOL^(M) Ro-
 mânia, Polonia, R.F.G.,
 Iugoslavia
 ALFAZICAL^(M) Grecia
 BEDRANOL^(M) Elveția
 BETANEG^(M) Italia
 DERALIN^(M) Israel
 DORISAN^(M) Grecia
 FREKVEN^(M) R.F.G.
 INDERAL^(M) Anglia,
 Elveția, Italia, Olanda,
 Spania

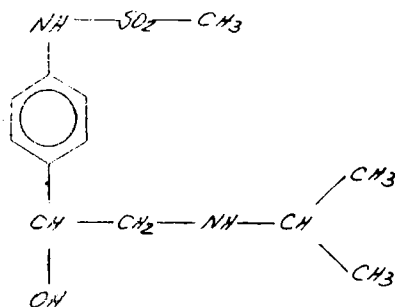
- INDOBLOC^(M) R.F.G.
- OBSIDAN^(M) R.D.G.
- PRANON^(M) Japonia
- PROPRAL^(M) Finlanda
- STOBETIN^(M) Polonia
- TONUM^(M) Italia

- **Sotalol^(D.C.I.)** :
 JUSOTAL^(M) Iugoslavia
 SOTACOR^(M) Anglia, Danemarca, Fin-
 landa, Spania
 SOALEX^(M) Franța, Grecia, Italia,
 R.F.G.
 SOTAPER^(M) Mexic

- **Talinolol^(D.C.I.)** :
 CORDANIUM^(M) R.D.G.

● *Timolol*^(DCI) :

BETIM(E)^(M) Anglia, Danemarca, Franța,
Spania
BLOCANOL^(M) Finlanda
METABLEN^(M) Iugoslavia

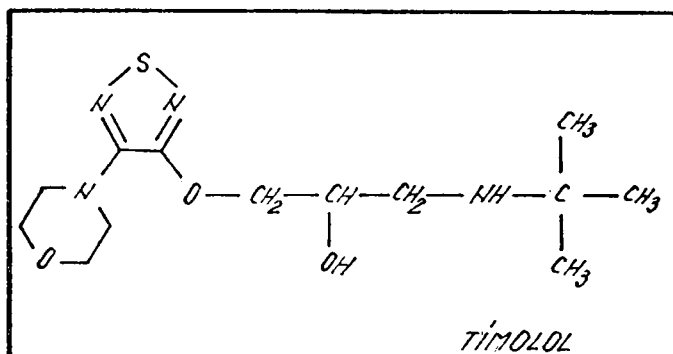


SOTALOL

PRESTIM^(M) Anglia
PROFLAX^(M) Argentina
TEMSERIN^(M) R.F.G.
TIMACOR^(M) Franța

● *Toliprolol*^(DCI) :

DOBEROL^(M) R.F.G.



TIMOLOL

195. **BETACARD^(M)** Austria — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, afecțiuni psihosomatice. Nu duc la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

196. **BETACARDONE^(M)** Anglia — DCI *Sotalol* ● Betablocant de tip 4'-/1-hidroxi-2-isopropilamino)etil/metan-sulfonamidă, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, posedă valențe adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

197. **BETADREN^(M)** Elveția — DCI *Pindolol* ● Betablocant de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism, adjuvant în combaterea sevrajelor. Nu se administrează în depresii și nici concomitent cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

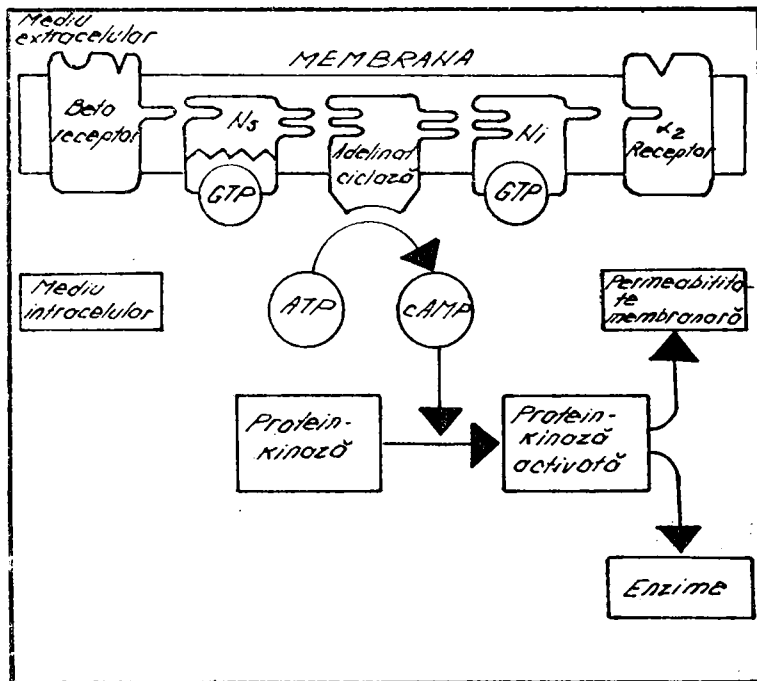
198. **BETAINĂ** ● Derivat metilat de glicină care funcționează ca donator de grupări metil, donator ce poate servi la sinteza colinei, care prin acetilare va da naștere acetilcolinei, unul din mediatorii chimici ai sistemului nervos central. Colina se poate oxida la rindul ei în betaină și este de asemenea un precursor al unor tioaminoacizi ca metionina, precum și al compușilor purinici cu rol în activitatea sistemului nervos central.

199. **BETALOC^(M)** R.F.G. — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (±)-1-(isopropilamino)-3-/p-(2-metoxietil)fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

200. **BETALIPOPROTEINE** ● Corespund fracțiunii lipoproteice cu densitate mică din lipidele plasmatice. Conțin cantități mari de colesterol, alte lipide, caroten, vitaminele liposolubile A și E. Au rolul de a transporta trigliceride de la ficat la alte țesuturi. Creșterea concentrației lor determină hiperlipopro-

teinemia de tip II asociată cu niveluri foarte ridicate ale colesterolului care se depune, alături de grăsimile neutre, în țesuturi, sub formă de xantoame și sub endoteliul vascular (ateroame), determinând o tendință crescută

203. BÉTADRAN^(M) Franța — DCI *Bupranolol* • Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-*p*-6-clor-*m*-toliloxi/-2-propanol, indicat în anxietate, sindrom cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu



Aranjamentul ipotetic al β - și α -receptorilor și al proteinelor de cuplare care reglează activitatea adenilatciclazei

la ateroscleroză. Secundar poate apărea simptomatic în diabetul zaharat, obstrucții biliare, sindrom nevrotic, hipertiroidism. Determinarea valorilor plasmatică este utilă pentru confirmarea substratului organic al unor tulburări psihice.

201. BETANAMIN^(M) Japonia — DCI *Pemolină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHSTIMULENTE.

202. BETANEG^(M) Italia ^{sin.} → PROPRANOLOL^(M) România.

duce la dependență, nu se asociază cu IMAC → BETABLOCANTE.

204. BETARECEPTORI • Studii efectuate cu analogi structurali ai noradrenalinei au permis clasificarea receptorilor adrenergici în două clase — receptori alfaadrenergici și betaadrenergici, țesuturile țintă putând avea ambele categorii de receptori sau numai una dintre ele. S-a constatat astfel că unele substanțe reproduc numai câteva din efectele noradrenalinei, iar unii antagoniști inhibă numai unele dintre efectele acestei substanțe. Prin utilizarea agonștilor și antagonștilor, receptorii beta au fost împărțiți la rindul lor în β_1 și β_2 . Agoniștii β_1 -receptorilor sint sotereneul,

isopropil-noradrenalină, iar agoniști de β_2 -receptori sînt salbutamolul, orciprenalina și perbutalina. Antagoniști de β_1 sînt propranololul, acebutolul, sotalolul și alprenololul. Antagoniști de β_2 sînt butoxamina și timoxamina. Efectele adrenergice consecutive excitării receptorilor beta sînt considerate azi a fi secundare unei creșteri a concentrației intracelulare a adenzinmonofosfatului ciclic prin stimularea adenilciclazei.

Există o reglare fiziologică a nivelului adrenergic, realizată astfel: cînd nivelul noradrenalinei este redus, sînt stimulați receptori beta datorită marii afinități a noradrenalinei pentru ei. Receptorii beta-activatori vor facilita eliberarea noradrenalinei presinaptice. Cînd nivelul noradrenalinei crește, receptorii α_1 -presinaptici fixează substanța, inhibînd eliberarea, deci diminuînd nivelul noradrenalinei în fanta sinaptică.

205. **BETAVEL**^(M) Spania — DCI *Cloxazolam*

● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-11b-(0-clorfenil)-2,3,7,11b-tetrahidro-oxazol[3,2-d]/1,4], cu acțiune anxiolitică sedativă și miorelaxantă.

206. **BETIM**(E)^(M) Anglia, Danemarca, Franța, Irlanda, Olanda, Suedia — DCI *Timolol*

● Betablocant de tip (-)-1-(tert-butil-amino)-3-/(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il) oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, boli psihosomatice, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajului. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETA-BLOCANTE.

207. **BETZ** — celule ● Celule nervoase piramidale mari, care în zonele motorii ale scoarței ajung la dimensiuni „gigante” (120 μ). Au fost descrise de V. A. BETZ (1834—1894) în aria 4 și 6 Brodmann și, în mod particular, în aria 4 γ , precentrală, în al cincilea strat al scoarței cerebrale (neocortex), stratul piramidal intern (în stratul profund al acestuia). Virful celulelor Betz este îndreptat spre suprafața cortexului și este locul de origine al unei prelungiri dendritice apicale care se termină printr-o ramificație în buchet în stratul superficial (molecular) al scoarței. Prolungirile dendritice bazale, orientate în plan orizontal, ocupă un teritoriu mai ridicat. Axonul celulelor Betz intră în substanța albă, este un axon lung de proiecție sau asociație la distanță și emite colaterale recurente celulelor piramidale din vecinătate sau interneuronilor. Excitarea colateralelor recurente aflate în contact cu alte celule piramidale are numai efect inhibitor, în timp ce colateralele legate

de interneuroni pot determina, la excitarea lor, atît efecte inhibitorii cît și dezinhibitorii. Viteza de conducere a influxului nervos prin celulele Betz este mare (40—100 m/sec.). În unele zone ale izocortexului, cum ar fi zona vizuală, aceste celule sînt înlocuite de celule mari, stelate.

208. **BEȚIE** (beat: lat. *bibitus*; sufix -ie)

● Ansamblul manifestărilor neuropsihice și motorii care apar în urma unor intoxicații acute masive, produse voluntar sau accidental (mai rar). Aceste manifestări sînt variabile ca durată, intensitate, evoluție. Manifestările motorii constau din apariția succesivă a unei stări de excitație, urmată de incoordonare motorie, dizartrie și apoi de o hipotonie musculară, care poate evolua uneori spre o fază de inerție totală. Este posibilă apariția convulsiilor și a incontinenței sfincteriene. Aceste simptome sînt însoțite de dezordini neurovegetative, concretizate în tahicardie, urmată de bradicardie, modificări pupilare, vomimente. Tabloul este întregit prin apariția tulburărilor psihice, constînd în logoree, exuberanță, modificări cantitative și calitative ale percepției (iluzii, halucinații), caracteristice fazei de excitație; evoluția în cazul intoxicației masive se face spre stare confuzională, obtuzie, stupeoare. Beția voluntară nu semnifică neapărat o stare morbidă. În limitele normalității, ea poate avea diferite motivații: eșec (dorința de a uita realitatea) sau dimpotrivă, succes, realizare (dorința de a prelungi, exacerba sau împărți cu alții starea de euforie, determinată de acest succes); în aceste limite, nefiind repetitivă și marcînd numai un moment al existenței individului, beția nu este un fenomen morbid deși evidențiază unele particularități ale persoanei, în ciuda opoziției unor specialiști în problemă. Uneori, în stare de beție ajung adolescenții, care bravează în acest mod, vor să-și demonstreze bărbăția, în fața prietenilor sau a sexului opus.

În sfera patologicului, motivația psihologică a subiectului care recurge la intoxicația voluntară, motivație a unui Eu de cele mai multe ori slab, ține de dorința de refugiu în fața propriei incapacități de adaptare, de necesitatea de a scăpa de o tensiune anxioasă, de dorința de uitare, semnificînd în fond o regresie. Avînd caracter repetitiv, inducerea voluntară a acestei stări capătă semnificația unei autodistrugerii, mai mult sau mai puțin conștiente. Termenul de beție, deși este asociat, de regulă, alcoolismului, se aplică și altor stări, produse de substanțe cu efect psihotrop. În funcție de factorul care-l produce — alcoo-

droguri, substanțe industriale, modificări ale presiunii atmosferice — tabloul clinic al beției capătă coloraturi diferite :

- beția alcoolică se caracterizează prin apariția unui comportament dezinhbat — prin eliberarea de sub controlul instanțelor superioare — care poate avea, uneori, consecințe medico-legale. Gravitatea decurge și din faptul că intensitatea manifestărilor nu este proporțională cu cantitatea de alcool ingerată (deci acest comportament dezinhbat poate apărea nu numai la „marii băutori”, ci și la cei ce consumă cantități mici sau moderate) ;
- beția etilică are debut și sfârșit brusc ; prezintă excitație impulsivă, logoree, comportament sexual dezinhbat ;
- beția *cannabică* se instalează mai lent, prin faze succesive, caracterizându-se printr-o hiperestezie specifică ;
- beția cu oxid de carbon apare în cazul intoxicației cu doze mici, dar care se prelungește în timp, manifestându-se prin modificări ale stării de conștiință (obnubilare, dizartrie, cefalee). Dozele mari conduc la instalarea comei ; bețiile cu substanțe industriale, precum sulfura de carbon, distilați de petrol, apar la muncitorii care lucrează în ramurile industriale ce folosesc aceste substanțe ;
- beția *muscarinică*, apărută cu ocazia ingestiei accidentale de ciuperci de tip Amanita, se manifestă printr-o excitație ebrioasă, euforie, furie, la care se adaugă fenomene digestive grave ;
- beția *adîncurilor* este apanajul scafandrilor profesioniști dar în ultimul timp, prin apariția posibilității de scufundare cu aparate automate, a început să apară și la scufundătorii sportivi. Inhalarea, sub influența unei presiuni extrem de mari, a unui amestec gazos bogat în oxigen provoacă hiperoxie cu hipocapnie, conducând la scăderea importantă a debitului cerebral, ceea ce determină apariția unei stări euforice grave. Există și posibilitatea complicării cu embolie gazoasă cu azot. Reanimarea în aceste cazuri se face în camere hiperbare.

209. BEȚIE ACUTĂ ● Intoxicație acută și masivă cu alcool, ce realizează o concentrație în sânge de aproximativ 1‰, fie că este vorba de un consumator ocazional de alcool, fie de un alcoolic cronic, cu ocazia unei noi supraîncărcări. Este bine cunoscut (și uneori greșit interpretat) faptul că instalarea beției

acute este variabilă, în funcție de individ (POROT apreciază chiar că 30% din subiecți „se îmbată” la o alcoolemie de 1 g, 50% la 1,50 și 100% la 2 g alcoolemie). Oricum, este evidentă relația direct proporțională între intensitatea și amploarea sindromului neuropsihic și creșterea alcoolemiei. Aspectele clinice particulare întîlnite la unii băutori, în raport cu marea majoritate, au determinat diferențierea beției acute în forma simplă și forma complicată sau patologică.

Este semnificativă părerea autorilor germani, care consideră că orice beție acută reprezintă, de fapt, o psihoză exogenă tranzitorie, mai precis, un sindrom psihorganic acut, al cărui grad de reversibilitate depinde de cantitatea de alcool și de toleranța subiectului. Beția simplă reunește modificări exprimate pe plan psihic, vegetativ și motor. Primele faze (infraclinică și excitomotorie) vizează acele modificări în plan psihic pe care cei mai mulți le caută în consumul de alcool : stimulare a ideității și dispoziției, cu logoree, euforie, supradimensionarea propriilor calități și performanțe (scăderea simțului autocritic), facilitarea stabilirii relațiilor interumane, creșterea atenției și a imaginației, concomitent cu exagerarea instabilității.

MÜLLER acreditează nivelul de 0,3‰ al alcoolemiei, ca fiind un prag general peste care începe manifestarea modificărilor descrise, pentru ca, la 0,8‰, performanțele psihomotorii să fie net scăzute (demonstrate prin teste psihologice), chiar dacă incoordonarea motorie nu este exprimată clinic. Tahicardie și apoi bradicardie, transpirații, uneori vărsături, modificări de reflexe pupilare — acestea sînt tulburările vegetative care se adaugă tulburărilor psihice. Odată cu creșterea alcoolemiei (1—2 g‰), locul excitației este luat de o adevărată incoerență, dezinhbție instructiv-emoțională, obnubilare, amnezie lacunară și accentuarea incoordonării motorii, dizartriei, hipotoniei, hipocesteziei senzitiv-senzoriale (faza ebrioasă). Sînt posibile și convulsii. Depășirea unei concentrații de 2 g‰ reprezintă intrarea subiectului în faza de somn ; se produce o adevărată paralizie și anestezie, care ia forma unei come profunde și în care exitusul nu este o eventualitate rară (la 4—6 g‰).

Ocazionată de ritmul vieții moderne, generatoare de stres, de evenimente care provoacă trăiri afective negative, beția acută apare mai ales la personalități structurate dizarmonic sau la personalități nevrotice, imature, incapabile de o adaptare eficientă la real, practici incapabile de a rezolva impactul dintre dorință și realitate ; beția devine astfel o modalitate

surrogat de ieșire din situație, modalitate care surmontează principiul dorinței. Beția acută apare accidental la copii și adolescenți. Ea poate determina acte medico-legale.

210. **BEȚIE DE SOMN** (GUDEN) ^{sin.} → ELPENOR^(S) sindrom.

211. **BEȚIE PATOLOGICĂ** ● Reprezintă o formă complicată a beției acute (ZIEHEN), deosebindu-se mai mult prin aspectele cantitative, de forma simplă; se întâlnește la alcoolicii cronic și este în strinsă legătură cu trăsăturile de personalitate ale subiectului, care se accentuează pînă la atingerea nivelului psihotic de tip depresiv, paranoid sau maniacal. Tulburări de conștiință, tulburări de tip delirium tremens sau halucinoză acută se exprimă pe fondul acestei forme de intoxicație acută alcoolică, epuizîndu-se odată cu scăderea nivelului alcoolemiei. GARNIER sistematizează toate aceste forme în cele trei tipuri:

- beție halucinatorie (fenomene halucinatorii complexe, cu conținut terifiant, față de care subiectul se apără printr-un comportament delirant, uneori însoțit de violență; se apropie de sindromul confuzo-oniric al alcoolicii cronici);
- beție delirantă în care megalomania, persecuția, gelozia și autodeprecierea reprezintă trăsăturile dominante;
- beție excito-motorie, stare crepusculară, antrenînd posibile acte medico-legale, comă și amnezia lacunară, survenită la ingerarea unei cantități relativ mici de alcool și presupunînd o deficiență metabolică înăscută; ridică probleme de diagnostic diferențial cu epilepsia (caz în care celelalte semne de intoxicație acută alcoolică lipsesc cu desăvîrșire).

În legătură cu această formă de beție patologică, majoritatea autorilor admit o formă distinctă de boală, în sensul prefigurării unei dispoziții epileptogene constituționale, relevate de acțiunea dezinhibitorie a alcoolului (KRAFFT — EBING, HEILBRONNER, SCHRÖDER etc.) și cu modificări bioelectrice. Autorii francezi includ în categoria bețiilor patologice și formele: convulsivă (cicluri de stări de excitație psihomotorie, crize convulsive, stări confuzionale) și comatoasă, „d'emblée“ (în care inducerea în scurt timp a unei alcoolemii ridicate generează coma).

Dipsomania, deși cunoaște un mecanism patologic de producere (modificarea periodică a dispoziției în sens disforic sau depresiv

sau ca impulsivitate, necesitate imperioasă de a consuma alcool la personalități structurate dizarmonice), nu este inclusă în cadrul definit aici, fiind concepută de majoritatea autorilor (inclusiv de cel care a descris-o pentru prima dată, în 1819, HUFELAND) ca o pierdere a controlului volițional asupra conduitei de a consuma alcool, la subiecții care practică acest tip de toxicomanie de mult timp, dar cu perioade de abstenență totală. Ei pot fi încadrați în tipul gama de alcoolism (JELLINEK), dovada fiind oferită de prezența semnelor de impregnare alcoolică atunci cînd abstenența este scurtată la 1—2 săptămîni.

212. **BIALZEPAM**^(M) Portugalia ● Tran-
^{sin.}chilizant, derivat benzodiazepinic → DIAZEPAM^(M) România.

213. **BIANCHI**^(S) *sindrom* ● Leziunile lobului parietal produc o triadă simptomatică de tip afazic, apraxic, alexic — reunite de BIANCHI în sindromul ce-i poartă numele.

214. **BIAS** (engl. *bias* „predispoziție, prejudecată, influență“) ● Termen folosit pentru a delimita orice posibilitate de eroare în timpul efectuării anchetelor sociale.

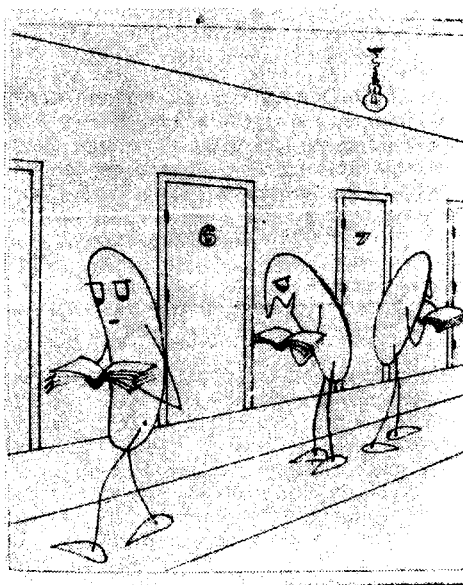
215. **BIBLIOCLAST** (cf. gr. *biblion* „carte“ și *klaos* „a rupe, a sparge“) ● Subiect care manifestă tendința de a distruge sau mutila cărțile. Motivația acestei distrugerii ține de domeniul patologicului, psihopatic sau psihotic („cărți impure, imorale“ etc.). Istoria reține astfel de personalități, care au distrus, în autodafecuri impresionante, opere de o valoare inestimabilă. Asemenea cazuri sînt expresia brutală a neputinței celor care nu vor să piardă sau vor să cîștige cu orice preț ceea ce nu li se cuvine.

Biblioclastia este un act patologic de negare; de distrugere a unui obiect pe care subiectul îl poate resimți inconștient ca acuzator și ea, ar putea avea la bază o nevoie (aberantă) de afirmare a puterii, un complex de autoritate, o culpabilitate profundă refuțată. Dincolo de aceste ipoteze actul biblioclast (repetăm, ca act patologic) poate avea o motivație particulară, de la individ la individ. De altfel, o formă atenuată a atitudinii biblioclastice o constituie respingerea și anatemizarea unor lucrări înainte de a fi citite.

216. **BIBLIOFOBIE**^(F) (cf. gr. *biblion* și *phobos* „frică“) ● Repulsie patologică, conștient nejustificată, față de cărți, albume, biblioteci și apare în schizofrenie (a nu se confunda cu repulsia pentru anumite cărți, expresie a unei anumite motivații conștiente).

217. **BIBLICMANIE** (cf. gr. *biblion*; *mania* „nebulie”) ● Dorința puternică — și trecerea la act — de a colecționa cărți, mai ales exemplare rare, în dezacord cu posibilitățile intelectuale și materiale ale subiectului. Are o anumită semnificație la analfabet, alta la semi-doct, pentru ca, în fine, să-și piardă nuanța psihopatologică atunci când preocupările și posibilitățile intelectuale ale subiectului îl situează în sfera colecționarismului obișnuit.

218. **BIBLIOTERAPIE** (cf. gr. *biblion*; *therapeutin* „a îngriji”) ● Metodă de tratament folosită în psihiatrie, constind în oferirea unor lecturi selecționate subiectului aflat într-o situație existențială dificilă. Este folosită ca adjuvant psihoterapeutic, recomandat de BROOKS în următoarele situații: ca ajutor pentru subiect, în cunoașterea propriilor reacții fiziologice și psihologice; în situații frustrante în corectarea unor cunoștințe insuficiente sau eronate; în scopul facilitării relației pacientului cu psihoterapeutul, prin clarificarea anumitor termeni utilizați în



psihoterapie, pentru stimularea participării subiectului la verbalizarea unor tensiuni interioare rezultate din sentimentul de frică, rușine sau vinovăție, în legătură cu o anumită problemă; pentru activarea unei motivații constructive în intervalul dintre ședin-

țele de psihoterapie; pentru întărirea unor modele sociale și culturale general acceptate, și estomparea celor de tip infantil care-i pot influența comportamentul; în scopul stimulării imaginației subiectului, oferindu-i substitute satisfăcătoare, pe care realitatea afectivă nu i le poate oferi decât în condiții dezavantajoase; pentru a-i lărgi sfera de interese; drept adjuvant al unui program de reconsiderare a vocației profesionale.

Selectarea lecturilor rămâne o sarcină pe care psihoterapeutul și-o asumă față de subiect, în funcție de obiectivele terapiei, de nivelul atins în psihoterapie, de pregătirea intelectuală a subiectului și, mai ales, în legătură cu problematica sa (simptome, manifestări, reacții etc.). În funcție de acești factori, psihoterapeutul va comenta conținutul lucrărilor împreună cu pacientul și îl va îndruma în mod indirect. Această metodă este valoroasă în cursul procesului de educație a adolescentului și tinărului (mai ales în timpul crizelor existențiale specifice vîrstelor respective), ca și în psihoterapia aplicată personalităților dizarmonice, în cursul sau mai ales după decompensările acestora. O condiție necesară este dorința de instrucție și educație a subiectului.

219. **BICI ȘFICHIUITOR**^(*) iluzie ● Iluzie vizuală cu caracter fiziologic explicată de DODGE (1904) prin mecanismele vederii centrale și periferice; el a descris-o astfel: imprimind o mișcare oscilatorie inegală la două pendule suspendate de aceeași bară, apare impresia că pendulul ajuns primul la capătul oscilației (în momentul de inerție ce precede următoarea mișcare oscilatorie) ar atrage ca un magnet al doilea pendul, aflat în urma lui.

220. **BICKEL-LOWE**^(S) *sindrom* — sin. **LOWE-TERREY-Mc LACHLAN**^(S) *sindrom* și **OCULO-CEREBRO-RENAL (FANCONI)**^(S) *sindrom* →. **LOWE**^(S) *sindrom*.

221. **BICULTURALISM** → **DUALISM CULTURAL**.

222. **BIDEMA**^(*) *test* sin. **BIDEMA-WARTEGG**^(*) *test* ● Testul de completare a desenului, descris în 1969. Pe o foaie de hirtie cu fond negru, ies în evidență opt pătrate albe. În fiecare pătrat, există un semn grafic, care constituie punctul de plecare al unui desen pe care trebuie să-l realizeze subiectul. WARTEGG a clasificat desenele obținute în

doi tipuri : globale și de detaliu. Acestea le corespund diferite însușiri psihice ale subiecților examinați. Interpretarea se referă la conținutul temei, caracteristicile grafice.

223. **BILIKIEWICZ Tadeus** (1901—1980)

● Întemeietor al școlii originale poloneze de psihiatrie, a condus, din 1946, Clinica de boli psihice din Gdansk, în care și-a orientat cercetările în domeniul psihopatologiei generale, nevrozelor și psihoterapiei. A publicat un tratat de psihiatrie în șase volume, precum și numeroase alte lucrări privind nevrozele și tratamentul lor.

224. **BIELCHOWSKI**^(B) *bcală* — sin. IDIOTIE AMAUROTICĂ ● Formă infantilă tardivă a bolii Tay-Sachs : debut la 2—3 ani, cu regresie masivă a funcțiilor intelectuale, asociată cu o bogată simptomatologie neurologică de tip degenerativ cerebrovascular.

225. **BIERMER** — *anemie* ● Numită și anemie pernicioasă, formă de anemie care apare mai ales la femei, cu debut insidios, de cele mai multe ori printr-o senzație de astenie marcată. Se caracterizează printr-o triadă simptomatică reprezentată de : tulburări digestive (atrofia mucosei gastrice cu aclorhidrie histamino-refractoră), semne neurologice ce pot merge până la mielită funiculară și semne hematologice, reprezentate de anemie megalocitară megaloblastică. Semnele psihice ale acestei boli sînt depresia, apatia și somnolența, în strînsă legătură cu scăderea nivelului seric a vitaminei B₁₂. Carențele grave se însoțesc de sindroame confuzionale. Boala este determinată de avitaminoza B₁₂, prin deficit de absorbție, datorită absenței factorului intrinsec Castle din sucul gastric. Tratamentul este unic : administrarea de vitamina B₁₂ în doze de atac, pînă la normalizarea hemogramiei, după care se administrează doze de întreținere, tratamentul fiind obligatoriu și permanent.

226. **BIERNACKI**^S *semn* ● Anestezie a teritoriului nervului cubital (plex brahial), înfîlnită în paralizia generală progresivă și tabes, descrisă de cel al cărui nume îl poartă.

227. **BIFACTORIAL** (fr. *bifactoriel* : cf. lat. *bis* „de două ori” ; factor „cel care face, creator, autor”) ● Referitor la doi factori sau la produsul a doi factori sau categorii de factori. În matematică, metoda de analiză bifactorială servește la analiza datelor clasificate după două criterii sau ele însele rezultat a doi factori. În psihologie este cunoscută teoria

bifactorială asupra inteligenței (SPEARMAN, THOMPSON), în care factorii G (general) și S (special) joacă un rol preponderent, ea fiind depășită însă, fără drept de apel, de teoria multifactorială (THURSTONE, GUILFORD), care ia în considerare o pluralitate de argumente biologice, psihologice sau sociale în determinismul aptitudinal al persoanei.

228. **BIFAZIC** — EEG (cf. lat. *bis* ; gr. *phasis* „aparitie”) ● Variație succesivă de polaritate în cele două sensuri diferite (pozitiv/negativ) a grafoelementelor unui traseu EEG.

229. **BIGNAMI**^(S) *sindrom* → *sin.* MARCHIAFAVA-BIGNAMI^(S) *sindrom*.

230. **BIGOT** (fr. *bigot*) ● Persoană a cărei religiozitate se caracterizează printr-o credință habotnică și mărginită, atingînd fanatismul. Bigotismul este favorizat de carențe culturale, este apanajul mediilor sau grupurilor sociale unde mass-media pătrunde greu. Bigotismul este apanajul unui Eu slab, al unei personalități imature, pentru care este convenabil dictonul „crede și nu cerceta” fiindcă astfel rezolvarea problemelor — și deci lupta cu toate dificultățile — este transferată unei instanțe superioare, divine, pe seama căreia individul lasă viața și căreia i „se „supune” orbește. Prin acest termen (drept nume de ccd) — de altfel bine ales — au fost desemnați, în cursul celui de-al doilea război mondial, toți cei care erau la curent (lucrau la aceasta) cu operația de debarcare din Normandia, din iunie 1944.

În viața cotidiană bigotul este un intransigent moral cu sine și cu ceilalți, aplicîndu-și și aplicînd legi morale exagerat de rigide. Este un scrupulos, cu un simț al datoriei exagerat, un bun executant, dar lipsit de inițiativă și creativitate, hărțuit de îndoiala de a nu-și fi făcut îndeajuns datoria sau de a nu fi respectat întru totul percepțele impuse. Puțin sociabil, lipsit de anturaj, nu caută prieteni și nu este căutat, tocmai din cauza lipsei bucuriei de a trăi. Privește viața numai ca pe o datorie. Gîndirea îi este împovărată de misticism, de superstiții, acceptate fără a fi analizate, preluate fără critică și a căror nerespectare creează panică. Fanatismul, mărginirea, determină rigiditatea psihică, lipsa de abilitate necesară adaptării, raportarea la un singur și imuabil sistem de referință. Psihopatologic, personalitatea bigotă ar putea fi înscrisă în cadrul personalității psihistene.

231. **BIKELE**^S *semn*. ● Rezistență la tentativa de extindere activă a articulație

cotului cind brațul este ridicat la nivelul umărului, evidențiind iritația meningească, la fel ca și semnul Kernig.

232. **BILANISM** (fr. *bilan* „bilanț”; sufix -ism) ● Termen introdus de CH. ODIER, în 1937, pentru a descrie un comportament obsesional care-l obligă pe subiect la stabilirea unui bilanț anterior oricărei acțiuni. H. EY (1948) folosește termenul într-un sens diferit, pentru a descrie masochismul moral, în care „subiectul nu poate accede la plăcerea sexuală niciodată, fără a se împotrivi atît pentru alegerea partenerii/partenerului, cit și pentru situația unde se desfășoară aventura sa amoroasă, cu tulburări, decepții, inconveniente, tracasări, remușcări compensatorii”.

233. **BILANȚ** (germ. *Bilanz* ; cf. ital. *bilancio*) ● Reprezintă, în biologie, o sinteză cantitativă a tuturor elementelor primite și cedate de organism. Astfel: bilanțul azotat reprezintă relația dintre intensitatea proceselor de sinteză a proteinelor și procesele de catabolizare a aminoacizilor, urmate de eliminarea azotului din organism. Concret, este reprezentat de diferența dintre cantitatea de azot ingerat și cel eliminat din urină și fecale. Bilanțul azotat este echilibrat atunci cind ingestia de compuși azotați (proteine) este egală cu excreția. În stare de echilibru azotat, organismul nu reține azotul, aportul exogen de aminoacizi compensează pierderile, masa proteică este invariabilă. Bilanțul hidric este reprezentat de diferența dintre apa ingerată și cea eliminată. Bilanțul mineral reprezintă diferența dintre aportul și eliminarea substanțelor minerale necesare organismului. Echilibrul și homeostazia organismului suferă transformări în cursul diferitelor afecțiuni. Modificările sint exprimate prin alterări ale bilanțurilor: azotat (pozitiv — în stări de convalescență, reparații tisulare, sau negativ — în boli consumptive, infecții, posttraumatic, posthemoragic); hidric (pozitiv — în retenții hidrice, și negativ — în deshidratări de orice cauză) sau mineral (pozitiv — în caz de utilizare fiziologică, și negativ — în modificările patologice ale metabolismului mineral).

234. **BILIKIEWICZ** — *caracteriopatii* ● Tulburări de personalitate de origine organică, în care sindromul psihoorganic își află manifestarea sa caracterială. Se apropie de tulburările în dezvoltarea personalității, de origine precizată (stările psihopatoide).

235. **BILINGVISM** (fr. *bilinguisme* ; cf. lat. *bis* „de două ori” ; *lingua* „limbă”) ● Forma cea mai răspîdită a plurilingvismului, constînd

în utilizarea concomitentă a două limbi ; poate fi individual sau poate afecta o întreagă comunitate lingvistică. Cele două limbi sint însușite simultan (nu succesiv) de către copiii care aparțin unor părinți din etnii diferite sau trăiesc în zone în care fenomenul bilingv este curent. Pe lingă diversele și complexe interferențe lexicale, gramaticale, fonetice, dintre limbile folosite, fiecare concurînd pentru a se impune, au loc uneori și fenomene concomitente de enculturație și deculturație prin fuziunea elementelor etno-culturale specifice comunităților respective. Poate fi vorba de coexistența a două limbi vorbite de fracțiuni distincte ale populației (Belgia, Canada) sau de instituționalizarea uneia, paralel cu utilizarea neoficială a celeilalte.

Lingvistica abordează bilingvismul (ca și multilingvismul) pentru a preciza în ce măsură o asemenea situație influențează cunoașterea fiecărei limbi în parte, influențele nefiind de cele mai multe ori manifeste. Ele interesează niveluri relativ abstracte : sistemul fonologic (prin opoziție cu cel fonetic), nivelul regulilor gramaticale (aplicate fără o influențare vizibilă a sintaxei), nivelul categoriilor gîndirii (presupunînd existența unei categorii particulare a semnificațiilor într-o limbă dată) — DUCROT, TODOROV.

În clinica psihiatrică, spre deosebire de biglotism, în procesele deteriorative bilingvismul este însoțit de o ștergere paralelă a unor cuvinte din ambele limbi, putînd exista în limbajul subiectului, un veritabil mozaic de noțiuni, exprimate alternativ într-o limbă sau alta. În psihologia socială au fost descrise dificultăți de adaptare a persoanelor bilingve, care au particularități de „accent”, ca și unele fenomene de reject.

236. **BILIOS** — *temperament* (cf. lat. *bilis* „fier”) ● Atribut al unui anume temperament — la care anticii, începînd cu Hippocrat, presupuneau că predomină secreția biliară — definit prin elemente somatice (culoarea galbenă a feței, constituție slabă) și caracteriale (morocănos, ursuz, pesimist, grijuliu). Acest tip de temperament aparține clasificării biotipologice a vechilor greci, preocupați să găsească o relație între somă și psihic. Termenul nu se mai utilizează.

237. **BILLAD Ernest** (1818—1886) ● Psihiatru al cărui nume este legat de studiul etiopatogenic și clinic al pelagrei. După susținerea tezei. „Asupra tratamentului nebuniei”, își începe studiile despre pelagră, fiind primul care descoperă ca factor etiologic al bolii,

carența vitaminei PP. Descoperirea este contestată de mulți dintre contemporanii săi. Cel care recunoaște primul valabilitatea descoperirii lui BILLAD este GH. MARINESCU, urmat de GALBERGER. Acest fapt a contribuit la afirmarea internațională a studiilor lui BILLAD.

238. **BIMANOL**^(M) Polonia — DCI *Decol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină și valențe anti-depresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

239. **BIMARAN**^(M) Argentina — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepressivă și valențe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

240. **BIMODAL** (cf. lat. *bis* „de două ori”; *modus* „măsură, mod”) ● Termen care se referă din punctul de vedere al statisticii psihologice, la distribuția frecvenței unor informații obținute pe baza diferitelor teste, în jurul a două valori dominante, ca reflectare a caracterului heterogen al grupului analizat.

241. **BINE** (cf. lat. *bene*) ● Categorie centrală a eticii care, în opoziție cu răul, desemnează coordonatele axiale ale universului valoric moral. Expresie sintetică a idealului de perfecțiune morală acceptat într-o societate, binele oferă criteriile de ierarhizare a valorilor și bunurilor, precum și etalonul de apreciere a comportamentului individual în conformitate cu normele de conduită prin care societatea tinde să-și asigure trăiricia și starea de optimitate. Întruchiparea binelui în actele individuale presupune particularizarea acestei categorii de ipostaze specifice ale comportamentului vieții cotidiene — așa-numitele virtuți morale (dreptatea, cinstea, curajul, sinceritatea, onoarea, responsabilitatea etc.), fiecare din ele găsindu-și împlinirea prin respectul acordat anumitor norme morale. Un aspect esențial pentru înțelegerea binelui constă în explicarea statutului etic al idealului de perfecțiune morală și a temeiurilor pe care se bazează autoritatea normelor etice. Filozofia spiritualistă concepe binele ca o substanță metafizică, principiu cosmologic ce orientează finalist devenirea universală, prin înfruntare cu răul, principiu

al negației, suferinței și rătăcirii, menit să glorifice prin contrast măreția și indestructibilitatea binelui. Contestînd izul teologic al spiritualismului, tradiția empirism-relativistă reduce conceptul de bine la o simplă convenție socială, întimplător schimbătoare cu locurile și vremurile. Materialismul dialectic și istoric raportează relativitatea binelui la dinamismul practicii sociale și la interesele claselor sociale, explicînd varietatea semnificațiilor atribuite binelui prin diversitatea condițiilor istorice și a căilor deosebite în care se poate împlini emanciparea și deplina afirmare a fiecărei clase sociale.

242. **BINET** Alfred (1857—1911) ● Psiholog francez de renume mondial, creator al primului instrument de testare psihologică a inteligenței infantile. Elaborat în colaborare cu TH. SIMON, acest test este cunoscut sub numele de „scara metrică de măsurare a inteligenței Binet-Simon” (1905). Licențiat în drept și științe naturale, atras deopotrivă de psihologia deficientului mental, de magnetism, hipnotism și de fenomenele de dedublare a personalității, el este și fondatorul primului periodic francez de psihologie („L'année Psychologique”, 1895). A fost mai întii preparator (1891), apoi director al Laboratorului de psihologie fiziologică de la Sorbona. În 1904 este solicitat la Ministerul Instrucțiunii Publice din Franța în diagnosticarea și selecția copiilor handicapați intelectual, ce urmau a fi școlarizați printr-un învățămînt special, moment care marchează debutul colaborării cu SIMON în crearea scalei metriche de inteligență, ce va sta la baza dezvoltării ulterioare a psihometriei. Tot lui îi datorăm doi termeni des utilizați: „fetișism” (1888) și „vîrstă mintală” (1908).

Dintre lucrările reprezentative sînt de amintit: „Oboseala intelectuală”, „Psihologia raționamentului” (ambele în 1889), „Introducere în psihologia experimentală” (1895), „Conceptii moderne cu privire la copii” (1910), „Copiii anormali” (1911). BINET este cunoscut și pentru activitatea sa de autor dramatic „L'obsession”, „L'horrible expérience”, „L'homme mystérieux”, puse în scenă la teatrul Sarah Bernhardt; „Les invisibles”, montat la Ambigu, în care oglindește viața din azilul Saint-Yves. În toate operele sale literare transpare preocuparea pentru descifrarea tenebrilor psihicului bolnav.

243. **BINET**^(T) test — sin. TESTUL BINET-SIMON; SCALA DE INTELIGENȚĂ METRICĂ ● Primul test de psihodiagnostic

util în practică, în mod real, în determinarea vârstei mintale sau a gradului de dezvoltare intelectuală (scala de dezvoltare sau test analitic). Ipoteza scalei metrice a fost elaborată în 1898, având la bază observațiile lui Alfred BINET asupra copiilor săi, Madelaine și Alice (sub pseudonimele de Armand și Marguerite), prezentate în lucrarea „Studiu experimental al inteligenței” (1903), unde combină introspecția cu experimentalismul; relevând două tipuri de funcționare intelectuală (subiectivă și obiectivă) care prefigurează tipologii ulterioare de tipul celei propuse de JUNG. Conform ipotezei lui BINET, inteligența poate fi definită ca o achiziție progresivă de mecanisme intelectuale de bază, care se pot rezuma în: maturitate și corectitudine în comprehensiune (înțelegere), invenție (creație) direcție și cenzură.

Cînd, în 1904, Ministerul Instrucției Publice din Franța decide organizarea învățămîntului pentru copiii debili mental, BINET face parte din comisia de selecție a acestora și, grație colaborării cu psihiatru TH. SIMON și practiciile acumulate în Colonia de inapoiți mental Perray-Varcluse, el poate face comparații între nivelele de inteligență ale copiilor normali și ale inapoiților mental, care îi vor servi la edificarea noii sale metode de diagnosticare a inteligenței. Împreună cu SIMON, BINET publică în 1905 articolul „Metode noi în diagnosticul nivelului intelectual al anormalilor”, reprezentînd prima descriere a scării de inteligență metrică.

Scala din 1905 cuprinde 30 de probleme ierarhizate în ordine crescîndă de dificultate, pentru investigarea caracteristicilor copilului de 3 ani (limita inferioară a scalei), de 5, 7, 9 și 11 ani, cu o diferențiere globală pentru idioți, imbecili și debili.

BINET și SIMON sesizează că idioția este efectul unei opriri în dezvoltarea psihică, dar disproporția dintre gradul de inteligență și vîrstă nu este singura caracteristică, existînd și unele deviații în dezvoltare. De exemplu, un idiot de 15 ani care este la primele tentative de verbalizare ale unui copil de 3 ani, nu poate fi asimilat complet copilului de 3 ani, pentru că acesta este un normal, iar idiotul este un infirm. Scala din 1905 cuprindea doar indicații generale de tipul: testul de exerciții de ordine simplă și imitație de gesturi, considerat ca evidențînd limita superioară a idioției: testul 9, constînd din enumerarea și denumirea unor obiecte privite în imagini, care servea la stabilirea limitei superioare a inteligenței de 5 ani; testul 23, prin care se delimita zona

probabilă a intelectului de limită. Așadar, nu existau delimitări riguroase de vîrstă și nici o cotare foarte strictă, operîndu-se cu procente între 60–90 (procentul reușitelor la o probă pentru ca ea să fie reprezentativă pentru vîrsta respectivă).

Scala din 1908 avea deja o formă organizată pe vîrste (în afara celor incluse scalei din 1905, erau grupați itemi pentru 6, 7 și 10 ani), excluzîndu-se itemi (întrebări) din vechea versiune și adăugîndu-se alții noi în ordinea gradată a solicitărilor. Se consideră că un subiect are dezvoltat intelectul corespunzător vîrstei cînd a rezolvat toate problemele, tolerîndu-se un singur eșec.

Deoarece reușitele și nereușitele se pot extinde la problemele corespunzătoare mai multor ani succesiv, la regula anterioară de calcul al rezultatului se mai adaugă, după fixarea nivelului intelectual, acordarea unui an în plus dacă execută corect cel puțin cinci probe superioare nivelului său și doi ani, dacă execută cel puțin zece probe în plus.

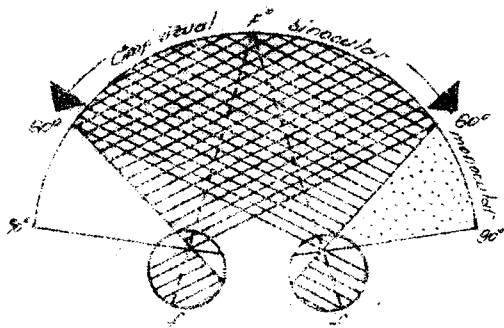
Scala din 1911 (anul morții premature a lui BINET și al apariției unei lucrări de referință în psihologie “Idei moderne asupra copiilor”) reprezintă o extindere a metodei la vîrsta adultă și o perfecționare a sistemului de cotare (se ia ca nivel de bază vîrsta la care toate problemele au fost rezolvate și se adaugă 1/5 de ani pentru fiecare probă rezolvată la nivelele superioare). Nu au fost elaborați itemi pentru nivelele de 11, 13 și 14 ani, care păreau influențate de instrucție.

Testul BINET-SIMON (cu reviziile autorilor) s-a răspîndit în lume grație unor variante elaborate în S.U.A. de L. TERMAN (scala Stanford-Binet, 1916) sau TERMAN-MERRILL (1937), pe continent adaptările fiind realizate de ZAZZO-GILLY-RAY (scala NEM în Franța), de FERRARI (Italia), de CLAPAREDE (Elveția), de ȘTEFĂNESCU-GOANGĂ (în România).

244. BINI Lucio (1908--1963) → CERLETTI.

245. BINOCULARĂ – vedere (fr. *binoculaire*); cf. lat. *bini* „cite doi, pereche”; *oculus* „ochi”; ● Vedere realizată cu ambii ochi. Termenul nu este identic cu vederea stereoscopică. Față de vederea monoculară, vederea binoculară aduce un surplus de informații, dar realizează și un fenomen calitativ superior: vederea stereoscopică. Un obiect tridimensional este privit cu ochiul stîng puțin dinspre stînga, iar cu ochiul drept este privit puțin dinspre dreapta (datorită distanței de 6 cm dintre globii oculari). Astfel, se formează o ușoară nepotrivire între cele două unghiuri, denumită disparitate

retiniană. Aceasta, împreună cu variațiile în acomodarea cristalinului pentru distanță, cu convergența oculară și aberația cromatică contribuie la realizarea vederii stereoscopice. Un obiect privit binocular realizează pe cele



Binoculară – vedere

două retine, imagini puțin disparate, dar de cele mai multe ori în puncte corespondente. Un anumit punct de pe una din retine este corespondent cu un anumit punct de pe cealaltă retină, dacă cele două puncte determină aceeași senzație când sînt excitate simultan, prin vederea binoculară, de către același punct din spațiul tridimensional exterior. În momentul fixării privirii pe un anumit obiect, obiectele mai apropiate sau mai îndepărtate de cel fixat formează imagini în puncte necorespondente retiniene, iar sinteza corticală a celor două imagini va determina fenomenul diplopiei (vedere dublă).

În situația vederii binoculare, jumătatea stîngă a retinei fiecărui ochi recepționează cite o imagine puțin diferită una de cealaltă, fiecare dintre ele fiind proiectate și suprapuse pe aceeași zonă corticală în emisferul stîng. Același fenomen se petrece și cu imaginile recepționate de jumătatea din dreapta a retinelor care se proiectează în emisferul drept. Toate afecțiunile care exclud sau afectează numai un ochi, împreună cu căile optice corespunzătoare sau cu zona corticală de aceeași parte, duc la abolirea vederii binoculare. Vederea stereoscopică, care este un

proces psihic complex, rezultat al integrării mai multor informații, inclusiv al experienței immagazinate în memoria subiectului, poate persista uneori chiar după abolirea vederii binoculare. La fel, în cazul isteriei poate exista, paradoxal, diplopie cînd subiectul privește cu un singur ochi, situație care nu ridică clinicianului psihiatru dificultăți de diagnostic diferențial.

246. BINOIS-PICHOT^(T) test ● Probă de vocabular (de cunoștințe verbale), puternic saturată în factorul (G) „inteligență generală”, care se poate aplica colectiv, fiind foarte utilizată în clinica psihiatrică pentru evaluarea rapidă a nivelului intelectual. Este un test de tip creion-hirtie, în care se solicită alegerea din serii de cite șase cuvinte a sinonimului cuvîntului inductor. Testul prezintă o bună corelație cu scările de inteligență și o mare stabilitate cu vîrsta, fiind independent de abilitățile manual-lucrative.

247. BINOMI^(M) Spania — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anti-convulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

248. BINOMINAL (cf. lat. *bis* „de două ori”; *nomen* „nume”) ● Termen derivat de la binomul lui Newton $(p + q)^n$, unde p = probabilitatea realizării unui eveniment; q = probabilitatea nerealizării evenimentului; $p + q = 1$

Legea binomială (repartiția binomială) este expresia matematică a unei variabile aleatorii, a cărei funcție de repartiție reproduce dezvoltarea binomului lui Newton. În medicină, distribuția binomială se întîlnește ori de cite ori este vorba de o alternativă apariție/neapariție a unor fenomene independente, a căror probabilitate de apariție este cunoscută și rămîne constantă.

249. BINSWANGER^(B) boală ● Formă de arterioscleroză cerebrală, cu evoluție nefavorabilă, condiționată de afectarea vaselor din substanța albă cerebrală. A fost descrisă de Otto BINSWANGER (1852—1929) — tatăl lui Ludwig — în 1894. Perioadele de remisiune sînt scurte, deteriorarea se agravează progresiv și ia un caracter global, iar modificările de

personalitate sînt nete. Simptomele cu caracter agnozic și crizele epileptiforme apar rapid în cursul evoluției.

250. **BINSWANGER Ludwig** (1881—1966) ● Continuind tradiția familiei, își desăvirșește pregătirea de medic și filozof la Lausanne, Heidelberg și Zürich. Devine asistentul lui BLEULER la Burghölzli, unde este coleg cu JUNG. În 1907, ambii îl cunosc pe FREUD, fapt care are drept consecință înființarea grupului psihologic de la Zürich. În 1919 BINSWANGER devine președintele societății elvețiene de psihanaliză și, la fel ca JUNG se îndepărtează de doctrina freudiană, mai ales sub influența concepțiilor fenomenologice ale lui HUSSERL și HEIDEGGER, punind bazele analizei existențiale, cucerește rapid lumea psihiatrică germană. Începînd din 1917, publică o serie de lucrări dintre care se desprinde pregnant „Introducere în analiza existențială” și „Formele fundamentale ale cunoașterii și existenței umane”. Deși în dezacord cu concepția freudiană, el rămîne un fidel prieten al omului FREUD, publicînd o lucrare dedicată acestuia „Amintiri despre S. FREUD”.

251. **BIO-** (cf. gr. *bios* „viață”). ● Element de compunere prin a cărui utilizare se exprimă semnificația de viață, ființă vie.

252. **BIOANALIZĂ** (bio-; analiză: cf. gr. *analysis*) ● Termen folosit de SOLOMON pentru a desemna inventarierea manifestărilor somatice care apar în bolile psihice.

253. **BIOBAMAT**^(M) Austria — DCI *Mepro-bamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROMAT^(M).

254. **BIOCATALIZATORI** (bio-; cf. gr. *katalysis* „dizolvare”) ● Substanțe organice sintetizate de organisme vii, produse în organism sau preluate prin alimentație, care acționează ca activatori și/sau reglatori ai proceselor metabolice. În organismul uman, principalii catalizatori sînt reprezentați de enzime, hormoni și vitamine.

255. **BIOCENTRISM (BIOCENTRUM, BIO-CENTRIC)** (bio-; cf. lat. *centrum* „centru”) ● Abordare teoretică de pe o poziție fiziologică a motivației unui comportament. O astfel de concepție se opune teoriilor psihogenetice și, în special, psihanalizei. Această abordare este reduționistă și, în dorința de a exprima în mod global ansamblul fenomenelor, exagerează rolul instanțelor fiziologice substituind comportamentul uman comportamentul animal.

256. **BIOCIBERNETICĂ** (bio-; cf. gr. *kybernan* „a conduce”) ● —sin. **CIBERNETICA BIOLOGICĂ** ● Ramură a ciberneticii care urmărește studiul proceselor lumii vii, privite ca manifestări ale unor sisteme informaționale cu autoreglare. Informația este controlată de la nivelul de principiu pînă la cel mai mic detaliu al comenzii, reglării, conservării, prelucrării și transmierii ei. Folosind metode matematice, modelarea analogică, biocibernetica a pătruns în medicină în ramuri ca: genetica și neurologia (neurocibernetica).

257. **BIOCONȘTIINȚĂ** (bio-; fr. *conscience* și cf. lat. *conscientia*) ● Conștiință a lumii vii, cu referire la animale, în special la cele mai avansate pe treptele evoluției (mamiferele superioare). Departe de a fi acceptat unanim, reținem mai recentul termen de inteligență a materiei, ca formă de organizare, mai mult sau mai puțin sistematizată în procese senzorial-motorii și rudimente de memorie, dar lipsită de aportul formator decisiv al factorilor cultural-educaționali.

258. **BIOCURENT** (bio-; curent: fr. *courant*) — sin. **ELECTRICITATE ANIMALĂ** ● Energie electrică, generată de două puncte aparținînd țesuturilor vii, aflate la potențiale electrice diferite. Constituie o caracteristică a materiei vii, de la nivel celular (biopotențial de membrană) pînă la nivel de organ, unde biocurenții pot fi înregistrați și înscrisi pe trasee specifice: EEG pentru activitatea bioelectrică globală a creierului, EKG pentru activitatea bioelectrică a cordului, EMG pentru activitatea bioelectrică a unui mușchi, electroretinograma.

259. **BIODINAMICĂ** (bio-; cf. gr. *dynamis* „putere”) ● Termen psihanalitic introdus de MASSERMAN, utilizat pentru a desemna fundamentul conceptului analitic, nu numai în sens teoretic, ci și în aplicabilitatea clinică a fenomenelor comportamentale umane. Cele

patru componente ale biodinamicii sînt: motivația, mediul, adaptarea și conflictul, statuate în următoarele principii:

- fiecare subiect acționează în conformitate cu dorințele sale;
- subiectul interpretează într-un mod unic, personal, factorii de mediu, în funcție de dorințele sale, de posibilitățile și experiența sa, reacționînd în conformitate cu acestea;
- atunci cînd anumite condiții exterioare devin obstacole în desfășurarea activității unui subiect, îndreptate spre atingerea unui scop, reacția sa este fie aceea de a-și schimba modalitatea de a atinge acel scop, fie schimbarea scopului → MECANISM DE APĂRARE, SUBLIMARE;
- atunci cînd în același plan de urgență, apar două motivații care se exclud una pe cealaltă, se naște conflictul care poate determina apariția comportamentului nevrotic, inadaptat → CONFLICT PSIHIC.

260. **BIODISPONIBILITATE** (*bio-* și fr. *disponibilité*) ● Noțiune legată de administrarea unui drog — mai ales pe care orală —, reprezentînd procentul din substanța administrată, care intră în circulația generală, după administrare. Noțiunea se referă și la viteza de pătrundere a drogului în circulație, dar nu este legată de volumul de distribuție a drogului în organism, de detoxifiere sau de activarea lui prin biotransformare. Fiind expresia fracțiunii de drog ce rămîne ca doză disponibilă în circulația generală, este primul dintre numeroșii factori care determină relația dintre doza de medicament administrată și intensitatea acțiunii acestei doze.

261. **BIOELECTROGENEZĂ** (*bio-* și fr. *électrogenèse*: cf. gr. *elektron*, lat. *electrum* „chihlimbar”; gr., lat. *genesis* „naștere”) ● Capacitatea unei structuri vii aflate în activitate de a produce biocurenți, ca urmare a diferenței de potențial între două puncte ale structurii respective. Înregistrarea biocurenților produși prin bioelectrogeneză permite studiul stărilor funcționale ale organului investigat, aspect deosebit de important în practica medicală.

262. **BIOENERGIE** (*bio-* și cf. gr. *energeia* „forță”) ● În organismele vii, energia biochimică asigură desfășurarea proceselor vitale. Materia vie prezintă o organizare structurală complexă. Moleculele mici de aminoacizi, nucleotide, monozaharide, acizi grași formează,

prin policondensare, macromolecule proteice, acizi nucleici, polizaharide, lipide complexe. Pe o treaptă superioară de organizare, acestea se asamblează în agregate supramoleculare și, mai departe, în organele subcelulare, celule, țesuturi. Realizarea unor structuri complexe, cu un grad înalt de organizare spațială și păstrarea lor nealterată în cursul vieții organismului se impune sensului de desfășurare spontană a proceselor din natură, care tind spre dezorganizare. Întreaga biosferă desfășoară o luptă neîncetată pentru menținerea structurilor proprii și a funcțiilor acestora. Pentru a exista și a supraviețui, organismele vii se află într-un schimb permanent de energie cu mediul înconjurător.

Bioenergetica este știința care studiază această dinamică complexă a proceselor energetice din materia vie, absorbția, stabilizarea, transferul sau utilizarea energiei, la nivelul structurilor celulare sau moleculare. Energia chimică a substanțelor nutritive, transformarea ei într-o formă convenabilă, este utilizată pentru realizarea unor procese specifice vieții: creștere, reparații tisulare, activitate contractilă, activitate osmotică etc. Organismele vii posedă dispozitive de transformare a energiei, de o înaltă finete și eficacitate.

În cadrul oricărui sistem din univers, orice eveniment natural sau provocat de om implică modificarea conținutului de energie al sistemelor și schimburilor între aceste sisteme. Acestor modificări li se pot aplica legile termodinamicii cu referire la sistemele deschise, din care face parte și organismul uman. Sistemele deschise schimbă cu mediul înconjurător atît substanțe cit și energie. Legile termodinamicii au aplicații largi și în cercetarea schimburilor de energie ce însoțesc diversele reacții metabolice, valorile schimburilor energetice fiind măsurate în calorii.

Există reacții chimice care eliberează căldură — exotermice — și reacții care consumă energie — endotermice. Cantitatea de energie utilizată pentru un proces nu este întotdeauna echivalentă cu cantitatea de căldură eliberată, oricare ar fi eficacitatea procesului. În aceste procese, un rol important îl joacă energia utilizabilă din punct de vedere metabolic. Reacțiile care eliberează o astfel de energie se numesc exergonice, iar cele care nu se pot realiza decît cu aport de energie externă, se numesc endergonice. Majoritatea reacțiilor catabolice sînt exergonice, iar cele anabolice sînt endergonice.

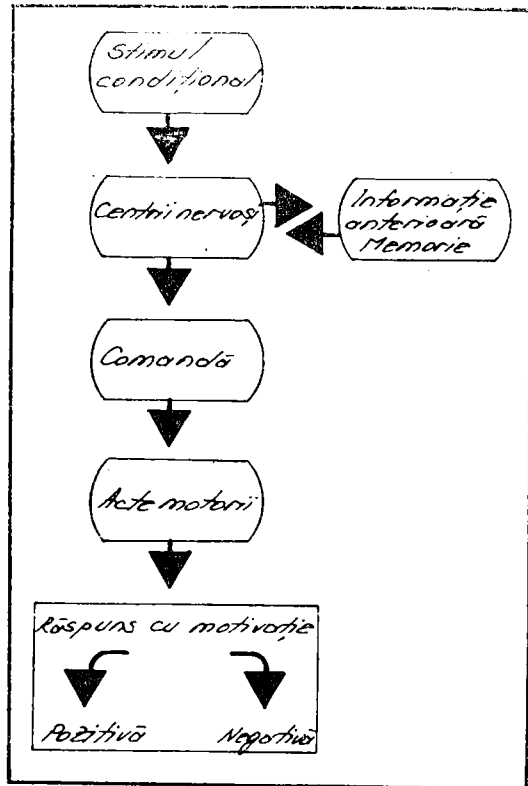
Energia eliberată în reacțiile exergonice este înmagazinată sub formă de legături chimice care dau naștere unor molecule complexe.

Legăturile chimice care, prin hidroliză, realizează o reacție puternic exergonică se numesc legături macroergice, iar compușii ce conțin aceste legături se numesc compuși macroergici. Această energie de legătură este eliberată atunci când se rup legăturile moleculei complexe. Din punctul de vedere al acestor legături, există compuși fosforilați bogați în energie și compuși fosforilați săraci în energie. Compușii săraci energetic: glucozo-1-fosfat, glucozo-6-fosfat, fructozodifosfat, fosfogliceraldehidă, acid monofosfogliceric, adenzinmonofosfat (AMP). Compuși bogați energetic: adenzindifosfat (ADP), adenzin trifosfat (ATP), creatinin-fosfat, acid difosfogliceric, acid fosforiruvic, acetilfosfat. Aceștia din urmă au un rol metabolic important pentru că:

- grupul fosfat poate fi transferat direct asupra altei molecule organice, fără ca o parte importantă din energie să se piardă sub formă de căldură; rezultă o moleculă fosforilată, al cărei conținut total în energie îl depășește pe cel al unei molecule nefosforilate;
- energia catabolică produsă în organism, în loc să se piardă imediat sub formă de căldură, este utilizată pentru a sintetiza compuși fosforilați bogați în energie, care vor fi stopați, energia înmagazinată în ei urmând a fi utilizată ulterior. Celulele pot folosi aceste depozite energetice pentru: sinteze chimice, travaliu (muscular, osmotic, secretor), eliberare de căldură pentru termoreglare. Alături de compușii fosforilați, un alt grup de metaboliți intermediari care pot fi bogați în energie, sint: derivații acetil, mercaptanii, tioesterii. Cei mai importanți compuși de acest tip sint derivații acetilați ai coenzimei A, ce joacă un rol important în catabolismul acizilor grași și al acizilor implicați în ciclul Krebs, calea metabolică finală din care rezultă CO_2 , H_2O și energie.

263. BIO-FEED BACK (bio-; engl. feed back „legătură inversă”) ● Sistemele (ansamblurile de elemente aflate în interacțiune neîntimplătoare), potrivit principiului II al termodinamicii, pot merge spre creșterea dezordinei, deci a entropiei, altele o păstrează constantă sau chiar o reduc (negentropie). Acestea din urmă sint sisteme autoreglabile sau sisteme cibernetice, printre care se numără

și organismul uman. Toate mecanismele de autoreglare funcționează pe bază de feed back (calea de întoarcere de la efortor la centru, termen sinonim cu informație recurentă sau conexiunea inversă). Pentru ca informația



Reglarea prin bio-feed-back

recurentă să fie cât mai exactă, mecanismul de autoreglare prin feed back dispune de un sistem de traductori (receptori), care sesizează atât perturbările survenite, cât și precizia corecției realizate de efectori asupra elementului reglat. Prin feed back, parametrul reglat influențează centrul de reglare, deci mecanismul de feed back funcționează în conformitate cu efectele sale. Comanda elaborată de centru depinde atât de informațiile privind perturbația apărută, cât și de cele privind modul în care aceasta este corectată.

Transmiterea informației recurente către centrul de comandă se face prin contact direct sau prin numeroase verigi intermediare. Schema

reglării prin feed back poate fi simplă sau complicată, dar principiul de acțiune este universal.

Prin mecanismul de feed back se corectează erorile, însă există în lumea vie și mecanisme de prevenire a erorilor (feed before), ceea ce asigură realizarea unei ordini tot mai mari, în scopul realizării negentropiei, în timp ce mecanismul de feed back asigură numai stabilitatea proprietăților sistemelor vii.

În sistemele vii există două tipuri de feed back :

- feed back negativ : asigură corecția permanentă a abaterilor de la normal, cu ajutorul sistemelor de reglaj, printr-o negare a sensului deviației inițiale ; toate mecanismele de menținere constantă a compoziției și proprietăților mediului intern funcționează pe bază de feed back negativ ;
- feed back pozitiv : apare când reacția organismului duce la amplificarea abaterii inițiale. Acest mecanism duce deci la agravarea unei perturbații și pune viața în pericol. El apare, de regulă, în condiții patologice. Concret, la animalele superioare și la om, autoreglările prin feed back și feed before se realizează prin mecanisme nervoase și umorale care intervin în colaborare, hipotalamusul fiind centrul superior al integrării nervoase cu cea umorală. La nivelul efectorilor periferici, apare un al doilea punct de fuziune, funcția acestor efectori fiind influențată prin mesageri chimici, care sînt fie hormoni (mecanism umoral), fie mediatorii chimici eliberați de terminațiile nervoase (mecanism nervos).

O tematică promițătoare pentru modificările somatice la stres implică utilizarea bio-feed back-ului (SHAPIRO și GUNCIT, 1979). Această tehnică utilizează instrumente electronice, care amplifică variate evenimente fiziologice și le expun, astfel încît individul devine conștient de fluctuațiile lor. Exemplu : tensiunea mușchilor gîtului este o contracție, de obicei numai vag percepută. Dacă se plasează electrozi la nivelul acestor mușchi, subiectul obține cu promptitudine o retroinformație asupra gradului de contracție. Prin exercițiu și practică, subiectul poate învăța să-și relaxeze acești mușchi, ajungînd în timp la o relaxare generală. Și alte funcții fiziologice pot fi modificate prin aceeași tehnică : tensiunea arterială, temperatura cutanată, motilitatea gastrică și intestinală activitatea EEG.

S-au obținut astfel efecte terapeutice de durată în tratamentul hipertensiunii arteriale, al celeilalte rebele migrenocase, precum și în terapia unor boli vasculare periferice.

Schematic, bio-feed back-ul poate fi definit drept un autocontrol psihofiziologic, care are la bază o buclă de retroacțiune între conștiință și funcțiile psiho-fizice.

De un mare interes terapeutic este bio-feed back-ul electroencefalografic, bazat pe controlul ritmului α electroencefalografic.

264. BIOFILIE (bio- ; cf. gr. *philia* „iubire“)

● Termen mai puțin folosit în limbajul psihiatric curent, semnificînd dragostea de viață, de ființare în sens general ; poate fi asimilat, într-o oarecare măsură, instinctului de auto-conservare. Biofilia poate avea un rol în procesul de adaptare a omului la mediul înconjurător.

265. BIO-FLEX^(M) S.U.A. — DCI *Orfenadrină* ● tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi) etilamină, cu acțiune evident miorelaxantă și cu unele valențe antidepressiv (intensitate mică); folosit în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

266. BIOGENETIC (bio- ; cf. gr. lat. *genesis* „naștere“) ● Termenul se referă la teoria formulată de FR. RED1, în secolul al XVII-lea, după care tot ceea ce este viu (ființă) este produs de ceva viu (altă ființă). Ipoteza este în contradicție cu teoria generației spontane. HAECKEL a emis, în 1866, celebra formulă : „Ontogenia repetă filcgenia“, prin care este exprimat principiul biogenetic : în evoluția sa, ființa umană reproduce, în mod succesiv, toate etapele de dezvoltare în timp a speciilor precusoare. Pe baza acestor constatări s-a propus un determinism similar și psihicului uman. Într-adevăr, pînă la un anumit punct, omul parcurge în timpul etapei sale embrionare, unele stadii anterioare ale speciei. În privința dezvoltării psihice, principiul lui HAECKEL este foarte relativ. Stadiile inteligenței și formarea personalității nu se pot explica prin marile stadii ale dezvoltării culturale și ale civilizației omenirii. La nivel individual, repetarea etapelor evoluției psihice a omenirii se produce modificat, în funcție de mediu și de educație. Psihanaliza (FREUD, JUNG) face o apropiere/analogie între psihismul copilului și acela al omului primitiv, dar această apropiere nu este valabilă și pentru celelalte etape ale istoriei omenirii și ale istoriei indi-

vidului. Dezvoltarea și formarea psihică a individului nu repetă strict perioadele dezvoltării speței umane și nici ale speciilor precursoare.

267. **BIOGRAFIE** (*bio-*; cf. gr. *graphein* „a scrie”) ● Metodă suplimentară de stabilire a diagnosticului complex în psihiatrie, constind în prezentarea, în ordine cronologică, a principalelor evenimente din existența subiectului și a semnificației lor pentru acesta. Deși poate să pară neobișnuit la prima vedere, metoda s-a folosit dintotdeauna; este meritul psihiatruului american A. MAYER de a fi insistat asupra acestei metode, chiar dacă ea a determinat, la un moment dat, o atitudine oarecum antinozologică din partea școlii americane de psihiatrie.

Criteriul biografic a devenit pentru o serie de psihopatologi — în primul rând K. SCHNEIDER (care vorbește despre structura introdusă de procesul schizofrenic în biografia subiectului, și despre continuarea de sens a dezvoltării vitale) — un element cu valoare diagnostică de primă mărime. Mergind mai departe în aprofundarea datelor biografice, BINSWANGER și MINKOWSKI elaborează un nou mod de abordare a acestora, încercând să descifreze semnificația fiecărei trăiri a subiectului, lărgind cimpul de comprehensibilitate al evenimentelor patologice, al trăirilor subiectului. După unii autori, această înțelegere este exagerată și neoperativă. Analiza biografică rămâne însă una dintre cuceririle importante ale psihiatriei, în demersul ei de stabilire a modelului medical al bolii, și se dovedește un util mijloc de înțelegere, ca și de diagnosticare a bolii. De asemenea ea deschide perspectiva demersului terapeutic, fiind una dintre porțile de acces al acestuia.

268. **BIOLOGISM** (cf. gr. *bios* „viață” ; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Teorie care încearcă să explice conștiința și ansamblul fenomenelor psihice prin argumente exclusiv biologice și fiziologice, ignorând acțiunea factorilor sociali și culturali, în ultimă instanță ignorând esența umană. Biologismul consideră că orice comportament, act omenesc este declanșat de aceleași mecanisme biologice comune cu ale animalului ; legile sociale nu fac decît să îngreudească manifestările exclusive ale legilor biologice. Sub aspect istoric, biologismul apare la sfîrșitul secolului trecut și începutul secolului nostru. A fost activ combătut și pentru faptul că a generat sau a favorizat o serie de concepții rasiste.

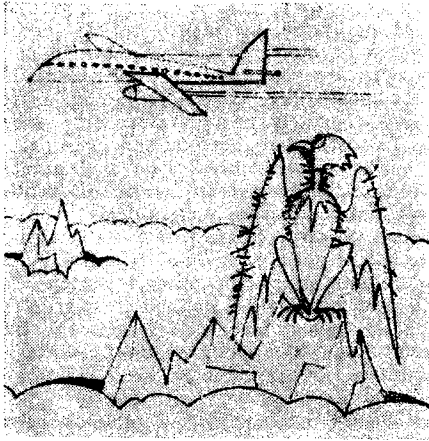
269. **BIOMETRIE** (*bio-*; cf. gr. *metron* „măsură”) ● Măsurarea fenomenelor din lumea vie (*organism*, grup de *organisme*) prin metode de prelucrare și interpretare statistico-matematică. Se corelează rezultatele obținute prin măsurători și numărători cu anumite caractere structurale și funcționale, care permit diferențieri și considerații calitative asupra fenomenelor studiate. Într-un sens mai larg, biometria însumează metodele prin care se poate calcula durata probabilă a vieții, luîndu-se în considerare toți factorii, endogeni sau exogeni, care contribuie la aceasta. Inițial, metoda a biologiei (utilizată cu precădere în selecția plantelor și animalelor), biometria își lărgeste domeniul de studiu prin progresele înregistrate în antropologie, psihologie, medicină, F. GALTON formula, în revista „Brain” (1871), deviza laboratorului de biometrie de la Universitatea din Londra, potrivit căreia dreptul la existență și la atributul de științific nu-l au decît fenomenele măsurabile în termeni numerici. S-a dezvoltat astfel antropometria — axată pe studiul aspectelor fizice (ponderale, staturale etc.) și psihometria — axată pe cuantificarea fenomenelor psihopatologice.

Diversele biotipologii (PENDE, VIOLA, KRETSCHMER, TANNER) au avut ca punct de plecare măsurători corporale.

270. **BIONEGATIV** (*bio-*; fr. *negatif*; lat. *negativus*) ● Fenomenul prin care una sau mai multe părți ale unui proces reușesc ca prin funcționalitatea lor să perturbe funcționalitatea organismului privit ca întreg. Apare ca o relație perturbată între întreg și una (unele) din componentele sale. Astfel, personalitatea privită ca un ansamblu integrat de funcții, procese, trăsături, poate fi perturbată printr-o modificare a unui singur factor, a unui singur proces sau a unei secvențe din procesul respectiv, în cazul în care această modificare antrenează după ea alte modificări.

271. **BIONICĂ** (fr. *bionique*; cf. gr. *bios* „viață”) ● Ramură a ciberneticii, învecinată cu biocibernetica ; studiază mecanismele vii care ar putea oferi modele teoretice sau propuse pentru tehnică. Creat și introdus de I. STEELE (1960), termenul a fost rezultatul unor preocupări ale inginerilor în sfera biologiei pentru a găsi eventuale prototipuri. În raza sa intră studiul comportării bioelectrice a organismului („electronica lumii vii”). Neurofiziologia, biochimia, biofizica sînt științe

instrumentale pentru bionică, în cadrul căreia au fost deschise noi orizonturi pentru industria construcțiilor, navigația aeriană și acvatică, precum și noi căi pentru studierea senzorialității, a mecanismelor de orientare în spațiu etc.



272. BIONOMIE (fr. *bionomie*) ● Termen mai vechi pentru ecologie, știință biologică ce are drept obiect de studiu ființele vii în dinamica raporturilor dintre ele și dintre ele și mediul lor natural (biotic și abiotic) → **ECOLOGIE**.

273. BIOPATOLOGRAFIE (*bio-*; cf. gr. *pathos* „experiență”; *graphein* „a scrie”) ● Totalitatea manifestărilor patologice pe care un subiect le suferă în decursul existenței sale. Prezentarea acestor date în ordine cronologică și corelarea lor cu anumite evenimente din viața subiectului poate oferi uneori surprinzătoare date etiologice și importante corelații cauzale. Pentru psihiatru, biopatografia este importantă sub aspectul posibilității de a stabili evoluția și prognosticul unor afecțiuni, de a elimina anumite modificări ca fiind datorate afecțiunii psihice. Culegerea sistematică de date anamnestice, interviul clinic, consultarea documentelor medicale sînt căile cu ajutorul cărora clinicianul poate realiza o cit mai corectă biopatografie.

274. BIOPERIDOL^(M) Italia — DCI *Halo-peridol* ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidin-/4'-

fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → **BUTIROFENONE**.

275. BIOPSIE CEREBRALĂ (cf. gr. *bios* „viață”; *ops* „vedere”) ● Procedură excepțională pentru efectuarea căreia sînt necesare și obligatorii condiții dependente atît de bolnav, cit și de afecțiune. Considerată ca „un rău necesar” (**ARSENI**) în neurologie și neurochirurgie, tehnica presupune selecționarea bolnavilor în funcție de natura bolii și starea pacientului. Indicațiile tîin de manifestări clinice care atestă o afectare cerebrală difuză, însoțită de demențiere, cu evoluție progresivă, dar la care diagnosticul a rămas incert după epuizarea altor tehnici de investigație neurochirurgicală. Este cazul leucodistrofiilor, lipidozelor, panencefalitei sclerozante subacute, demenței presenile și senile, mucopolizaharidozelor, lipofuscinozelor, angiomatozei meningiene cu scleroză difuză, glioamelor maligne infiltrate etc. Localizarea indicată este cortexul frontal drept sau occipital drept. Complicațiile posibile pot fi evitate prin utilizarea unei tehnici corecte. Ele pot fi hemoragii, infecții, accentuarea semnelor de deficit cerebral ca o consecință a edemului reactiv, crize epileptice posttraumatice. De remarcat nocivitatea tehnicii pentru personalul medical în cazul bolii Jacob-Creutzfeld, al cărui agent etiologic se pare că este rezistent la toate metodele comune de dezinfecție. Apariția tomografiei computerizate a redus la minimum indicațiile acestei metode de investigație.

276. BIORITM (fr. *biorythme*; cf. gr. *bios* & *rythmos* „măsură, cadență, ritm”) ● Modificare cantitativă (uneori și calitativă), cu caracter regulat, ciclic, a proceselor sau funcțiilor biologice sub influența unor modificări din natură, ca: variația periodică a luminii soarelui în 24 de ore (ciclul zi-noapte sau circadian) & modificările sezoniere pe o perioadă de un an & variațiile de temperatură ale mediului înconjurător; intensitatea radiațiilor cosmice & fazele lunii; fluxul și refluxul; petele solare etc. Constituie o caracteristică filogenetică și de apărare individuală a funcțiilor organismului la periodicitatea din natură, reprezentînd un fel de ceas endogen. Un mare număr de reacții biochimice de la nivelul celular care au o evoluție ciclică alcătuiesc bioritmul. Ritmul de auto-duplicare al moleculelor de acid dezoxiribonucleic, de exemplu, este considerat de A.

EMME, drept ritmul endogen primar și esențial al lumii vii. Clasificarea bioritmului se realizează în baza duratei unei perioade și include:

- bioritmuri circadiene (de aproximativ 24 ore);
- bioritmuri ultraadiene (mai mici de 24 ore);
- bioritmuri infradiene (mai mari de 24 ore).

277. **BIORITMOLOGIE** (vezi bioritm; cf. gr. *logos* „cuvânt, discurs”) ● Știință care studiază ritmurile biologice (circadiene, sezoniere etc.) și corelațiile comportamentale și psihologice ale bioritmurilor.

278. **BIOSOCIAL** (*bio-*; fr. *social*; cf. lat. *socialis*) ● Calitatea psihicului uman de a fi produsul conjugat al activității biologice a creierului și al influențelor multiple ale mediului social. Una din problemele studiului psihicului uman normal sau patologic este și decelarea într-un anumit proces a ponderii pe care o are componenta biologică și cea socială. Dacă în psihozele endogene biologicul ocupă până în prezent un loc important în determinismul acestora — însă nu absolut — tot astfel, în nevrozile și structurile dizarmonice de personalitate (mai ales așa-zisele psihopatii „marginale”), socialul are o pondere importantă. Observația este folositoare atât în analiza psihopatologică cit și în abordarea terapeutică a bolilor psihice.

279. **BIOSTATISTICĂ** (*bio-*; fr. *statistique*) ● Compartiment al statisticii care se ocupă cu studiul fenomenelor biologice în cadrul populațiilor umane. Termenul este larg folosit și în medicină, desemnând aplicarea statisticii matematice la studiul unor fenomene legate de morbiditate, epidemiologie, demografie, biotipologie etc.

280. **BIOSTIMULATORI** (*bio-*; stimula: fr. *stimuler*; cf. lat. *stimulare* „a îmboldi”) ● Substanțe organice al căror efect se manifestă în sensul stimulării anabolismului, a activității unor aparate și sisteme și a forțelor defensive ale organismului. În cadrul biostimulatorilor cu implicații psihiatrice, pot fi incluse, pe lângă alte preparate, anabolizantele, vitaminele, psihoenergizantele.

● **Vitaminele**: sînt compuși organici cu rol deosebit de important în activitatea sistemului nervos central. Ele sînt coenzime sau precursori ai acestora; coenzimele fiind indispensabile proceselor metabolice din organism și proceselor

de neuromediație cerebrală. Hidro-și liposolubile, vitaminele sînt indispensabile vieții. Deficitul, datorat unor numeroase cauze posibile, determină, în funcție de gravitate, simptomatologie nespecifică minoră. Pot apare însă entități clinice cu forme severe în cazul avitaminozelor (beri-beri, scorbut, pelagră, cheratomaiaie, rahitism), însoțite de simptomatologie psihică polimorfă. În ultimii ani se încearcă utilizarea dozelor mari de vitamine în prof-laxia și tratamentul unor afecțiuni psihice, fără însă ca beneficiul terapeutic să fie convingător.

● **Anabolizantele** aparțin steroizilor androgeni. Testosteronul, hormon androgen natural are, în afara efectelor hormonale, și un puternic efect anabolizant osteomuscular și proteic. Există însă steroizi de sinteză derivați de testosteron ale căror efecte sînt mai ales anabolizante și mai puțin hormono-virilizante. Aceste produse stimulează anabolismul proteic, dezvoltă masa musculară și implicit cresc greutatea corporală, efect favorizat de efortul fizic. Aceasta face ca administrarea lor să fie interzisă sportivilor, utilizarea lor fiind etichetată ca dopaj.

În grupul excitanțelor sistemului nervos central au fost incluse (STROESCU, 1980), amfetaminele, cafeina și alte substanțe diferite structural, dar denumite generic neurotrope, nootrope, activatoare ale sistemului nervos central etc.

Amfetaminele au efecte simpatomimetice (adrenomimetice, stimulente psihomotorii și anorexigene). Acționează la nivelul sistemului nervos central prin intermediul mediației catecolaminice (noradrenalina și dopamina) și au și efecte anorexigene. Utilizarea amfetaminelor este limitată de efectele ample la nivelul sistemului nervos central, de posibilitatea instalării toleranței, dependenței, precum și de riscul supradozării acute. Substanțe cu structură chimică asemănătoare amfetaminelor au fost frecvent utilizate în ultimii ani, datorită efectelor anorexigene, realizate prin acțiuni stimulative dopaminergice asupra centrului hipotalamic al sațietății. Riscurile utilizării anorexigenelor de tip amfetaminic sînt mult mai mari decît eficiența terapeutică, iar utilizarea lor este din ce în ce mai puțin recomandată.

Cafeaua, ceaiul, cacaoa, folosite de regulă ca băuturi stimulante, conțin alcaoloizi de tipul cafeinei, teofilinei, teobrominei. Aceleași tipuri de substanțe au fost identificate și în alte plante utilizate pentru efectul lor stimulator (nuci de Cola, frunze de maté etc.). Efectele alcaolozilor din această grupă sînt stimulente psihomotorii și cardiovasculare, exercitate probabil și prin intermediul sistemului simpatomimetice.

adrenergic. Utilizarea în abuz a acestor băuturi, cuplată de regulă cu abuzul de alcool și hipnotice sedative, este însă periculoasă, determinând atât o stare de dependență, cât și pericolul apariției intoxicației cronice.

● **Neurotropele** (activatoare ale metabolismului cerebral, neurodinamice, nootrope) sau psihoenergizantele sînt diferite ca structură chimică în funcție de produs, deosebindu-se și ca mecanism de acțiune asupra sistemului nervos central. Ele au efect favorabil asupra proceselor asociativ-integrative care au loc în sistemul nervos central. Acțiunea favorabilă este accentuată în cazul preexistenței unor procese hipoxice, toxice, traumatice, involutive (STRO-ESCU, 1986). Dintre substanțele ce pot fi incluse în grupul psihoenergizantelor, fac parte: piracetamina, piritinolul, meclofenoxatul, extractele cerebrale, glandulare, aminoacizii, sărurile minerale și de calciu asociate acestor preparate, asocierile de vitamine.

281. BIOTERAPIE (bio-; cf. gr. *therapeia* „grijă, îngrijire”) ● Folosirea ca agenți terapeuți a unor produși biologici (vaccinuri,



extracte tisulare, produse organice etc.); această definiție capătă astăzi un sens mai larg, înglobînd toate remediile naturale de tratament: fitoterapie, fizioterapie (hidroterapie, electroterapie, balneo-climatoterapie), diete-

tică, cultură fizică medicală, acupunctură, homeopatie, apiterapie etc. Avînd avantajul reducerii însemnate a consumului de medicamente și, în consecință, al diminuării proporționale a riscurilor pe care acestea le comportă (reacții adverse, incidente, accidente etc.), bioterapia este o componentă a medicinei aflată în plină reîntinerire, trăind o nouă viață prin revalorizarea pe care o capătă în zilele noastre vechile remedii tradiționale, ca și dezvoltarea altora noi.

Dintre bolile psihice, nevrozile par a profita cel mai mult de roadele bioterapiei, indiferent de formele lor clinice, dar cu unele nuanțări ce se adresează simptomului celui mai supărător. În acest sens ceaiurile, băile cu plante, tehnicile ce relaxare, apiterapia, hidroterapie, electroterapie, presopunctura, acupunctura și tratamentul balneoclimateric pot fi de un real folos. Dintre acestea pot fi menționate ceaiurile preparate din plante ca *Radix Valerianae* (rădăcină de valeriană), *Strobili Lupuli* (conuri de brad), *Flores Tiliae* (flori de tei), *Flores Lavandulae* (flori de levănțică), *Majorana hortensis* (maghiran), *Anethum Graveolens* (mărar), *Pinus silvestris* (ace de pin), *Lavandula angustifolia* (extract de levănțică); practicarea unor mijloace de destindere (scindura de odihnă, tehnica de relaxare Schultz); apiterapia (miere, polen); hidroterapia (baie pe jumătate și afuziuni alternante pentru simpatico-tonici, comprese reci la gambe și baie ascendentă de picioare, pentru combaterea insomniilor. Electroterapie (magneto-diaflux, ionizări cu sulfat de magneziu, clorură de calciu, curenți cu impulsuri rectangulare, băi sau duș cu electricitate statică, masaj blind al degetelor de la picioare); presopunctură și acupunctură; tratamentul balneoclimateric într-una din stațiunile: Borsec, Sinaia, Tușnad, Covasna, Felix, Stina de Vale, Voineasa.

282. BIOTINĂ ● Vitamină hidrosolubilă izolată din drojdia de bere, aparținînd grupului B, cu rol de coenzimă a unor decarboxilaze și enzime de dezaminare. Joacă un rol deosebit de important în procesele de creștere. Deficitul de biotină reduce capacitatea organismului de a efectua reacții de fixare a biocidului de carbon pe anumiți metaboliți. Efectele carenței sînt dermatita seboreică, astenie marcată, dureri musculare, anomalii electrocardiografice.

283. BIOTIPOLOGIE (bio-; fr. *typologie*; cf. gr. *typos* „semn”; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Ansamblu de concepții sau sisteme de clasificare a indivizilor umani, după criteriul constituției corporale și existența unor corelații

între caracteristicile morfologice și psihologice de natură temperamentală și caracterială. Tipul este o schemă (reprezentare schematică) sumară, cu un grad mediu de generalitate, care corespunde (H. MURRAY) unei grupe, care are categorii, subpețe. După J. NUTTIN, tipologiile, în majoritatea lor, nu urmăresc gruparea unor trăsături într-un ansamblu, ci evidențierea faptului că funcționarea psihismului este dominată de una sau câteva proprietăți fundamentale, în jurul cărora se grupează celelalte caracteristici. Tipologia aparține psihologiei diferențiale a personalității. Tipologia personalității își are originea în biotipologia lui PENDE. Primele încercări biotipologice aparțin medicilor greci, HIPOCRATE și GALIEN; ei considerau că însușirile psihice au o componentă fizică primară, la care se adaugă o componentă mentală; în concepția lor calitățile persoanei depind de amestecul și dozajul unor elemente corporale, de echilibrul umorilor (singele, flegma, bila albă, bila neagră). Biotipologia, tipologia morfo-fizio-psihologică (P. POPESCU-NEVEANU) sau tipologia constituțională clasifică indivizii umani după criteriul aspectului somatic (trăsături corporale), căruia îi corespunde un aspect psihologic (trăsături psihologice, în special temperamentale). Tipologii constituționale mai importante sînt cele aparținînd lui KRETSCHMER și SHELDON. Astăzi biotipologia a fost depășită ca orientare în clasificarea indivizilor umani. Practic, clasificările referitoare la tipurile de personalități sînt operative într-un registru limitat și mai mult în perspectivă descriptivă decît explicativă. Personalitatea, ca ansamblu dinamic de funcții, procese, trăsături exprimate printr-o conduită caracteristică și definitorie pentru un subiect anume și mai ales pentru acela, nu poate fi redusă tipologic. Corelațiile pe care le stabilește biotipologia între aspectele somatice, viscerale, psihice și patologice sînt bazate pe legături statistice; ele se verifică pe grupe mari de indivizi, fiind însă mai puțin adevărate (și eficiente) pentru indivizi separați. Persoana, ca produs al unui joc de factori (de la elemente simple pînă la relații complexe), nu răspunde unei tipologiei (cu atît mai puțin constituționale, deci biotipologiei), care surprinde doar aspecte parțiale, cu grad limitat de generalitate. Astfel, biotipologia sau tipologia morfo-fizio-psihologică (HIPOCRATE, GALIEN, VIOLA, PENDE, KRETSCHMER, SIGAUD, SHELDON) rămîne o etapă în cunoașterea ființei umane, etapă semnificativ limitată de faptul că biotipul nu epuizează, în nici un caz, individul concret → TIPOLOGIE, TEMPERAMENT.

284. **BIOPARENTALĂ — ereditate** (cf. lat. *bis* „de două ori”; *parens* „părinte”) ● În sens larg, definește întreaga structură ereditară a unui individ uman, ca rezultat al amestecului genetic din partea ambilor părinți. În patologie, termenul semnifică transmiterea ereditară a unei boli atunci cînd ambii părinți suferă de acea boală. S-a constatat că în această situație riscul de îmbolnăvire este mult mai mare pentru copii, decît atunci cînd numai unul dintre părinți este suferind de boala respectivă. Astfel, după KALLMANN, dacă unul din părinți este bolnav de schizofrenie, riscul de îmbolnăvire la copii este de 9—16%, iar dacă ambii părinți sînt schizofreni, riscul de îmbolnăvire este de 60%.

În ceea ce privește oligofrenia, după BRUGGER, riscul de transmitere la copii este de 45% cînd numai un părinte este oligofren și de 80—100% cînd ambii părinți sînt oligofreni. Aceste date relevă importanța pe care factorul genetic o are în determinismul bolilor psihice; nu sînt însă cunoscute, în prezent, toate datele referitoare la alte entități nozografice psihiatrice (psihopatii, nevroze, dezvoltări).

În psihoza maniaco-depresivă, mai mult decît în oricare dintre psihoze, riscul transmiterii parentale (deși controversat în anumite aspecte) a fost dovedit încă din 1910 prin studiile lui LANGE (de 30 de ori mai ridicat).

285. **BIOXID DE CARBON — terapie cu ~** ● Metodă de inducere a unei come terapeutice, utilizată de LOEVENHART și colaboratorii (1929), la catatonici datorită unui presupus mecanism de stimulare cerebrală. Tratamentul constă în ședințe de cel mult 25 respirații în cursul cărora se inhalează un amestec de 30% bioxid de carbon și 70% oxigen, cantitatea de bioxid de carbon administrată fiind crescută treptat dacă îmbunătățirea stării clinice întîrzie să apară. După 10—15 respirații pacientul își pierde cunoștința, putînd apărea o stare de excitație psihomotorie. Se aplică 2—3 ședințe/săptămînă, cel mult 15 ședințe în total. VON MEDUNA a folosit-o în deceniul următor în tulburări nevrotice (isteria de conversie, nevroza anxioasă, fobică, balbism), argumentînd-o fiziopatologic prin creșterea pragului de excitație psihică, scăzut în nevroze. Alții au folosit-o în alte forme de schizofrenie, tulburări psihosomatice, ca metodă de dezin-toxicare și recuperare în alcoolism și alte toxicomanii. Rezultatele imprevizibile și neconvîngătoare ale metodei, ca și redușa fundamentare fiziopatologică au dus la abandonarea ei.

286. BIPERIDINĂ ● Derivat de alcool terțiar cu acțiune antiparkinsoniană și colinolitice. Corectează efectele extrapiramidale ale neurolepticilor → AKINETON.

287. BIPHETAMINE^(MC) Belgia, Elveția, Italia, S.U.A. ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune care se completează : AMPHETAMINA^(M) și DEXAMPHETAMINA^(M), ambele nocanaleptice, derivați feniletilaminați. Are acțiune psihostimulantă.

288. BIPOLAR(E) (cf. lat. *bis* ? *polus* „extremitate, pol”) ● Structuri sau funcții ce comportă existența succesivă sau coexistența a două extreme, între care se stabilește un nivel de echilibru. Astfel, protoneuronii analizatorului vizual (retina) sînt reprezentați de celule neuronale bipolare specializate (conuri și bastonașe), care, în funcție de numărul sinapselor pe care le realizează, sînt monosinaptice și polisinaptice (POLYAK). Legătura sinaptică se poate realiza datorită configurației de opoziție spațială în care se află dendrita și axonul. Aceeași dispunere bipolară o realizează și neuronii aflați în mucoasa olfactivă, ganglionii Corti și Scarpa.

În psihologie, BURT (1938) denumește bipolar factorul care este în același timp saturat în variabile (sau trăsături) atât pozitive cit și negative (de exemplu, în chestionarul de personalitate al lui CATTELL, există 16 factori, fiecare dintre ei fiind saturat cu anumite trăsături și fiecare trăsătură fiind exprimată bipolar). Psihismul este structurat bipolar (exemplu: inconștient-conștient, plăcere-realitate, trebuință de dominație — trebuință de supunere); bipolaritatea presupune așadar un cuplu de opoziție care se manifestă în majoritatea trăsăturilor și proceselor psihice.

În psihiatrie, atributul de bipolar trimite la variații extreme de afectivitate din psihoza maniaco-depresivă. ANGST și PERRIS au propus în 1956, distincția între depresiile recidivante și psihoza maniaco-depresivă bipolară, fapt care poate fi considerat ca achiziție fundamentală în clinica psihiatrică, întemeiată pe studiile genetice și nozografice ale lui LEONHARD și KLEIST. Psihica maniaco-depresivă bipolară se definește prin apariția, în decursul existenței aceluiași subiect, a uneia sau mai multor perioade de boală în care alternează episoade maniacale cu episoade depresive majore. Atestarea deosebirii între psihoza maniaco-depresivă bipolară (incărcarea ereditară mai mare) și depresiile pure (monopolare) este susținută și de varietatea

modului lor de evoluție. Tehnici moderne de marcarea genetică oferă speranța unor diferențieri și mai nuanțate în ceea ce privește localizarea cromozomială a psihozelor afective endogene. Constatările clinico-terapeutice au permis observații interesante în legătură cu răspunsul favorabil sub tratament cu săruri de litiu al psihozei bipolare, în special în scopul prevenirii recăderilor.

289. BIRMAN — metodă ● Metodă terapeutică mixtă, introdusă în 1937, care încearcă îmbinarea hipnozei cu somnul natural sau medicamentos, în scopul creșterii duratei și profunzimii acestuia. Autorul afirmă rezultate de pînă la 15 ore de somn din 24. Tratamentul durează pînă la două săptămîni. Astăzi, în urma progreselor terapeutice, prezintă doar un interes istoric.

290. BIRNBAUM Karl (1878—1950) ● Psihiatru german, profesor de psihiatrie și neurologie din 1927 pînă în 1933 cînd a emigrat în S.U.A. A întemeiat principiile analizei structurale a patogenezei bolilor psihice și a descris așa-numitele „psihoze de închisoare”. A publicat în 1909 o lucrare despre personalitățile psihopatice.

291. BISCASIL^(M) Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vagoși simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezi-celor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

292. BISEXUALITATE (cf. lat. *bis* „de două ori”; *sexus*) ● Dispoziții biologice masculine și feminine, existente simultan la același individ uman. Ideea de bisexualitate se bazează pe date de embriologie și se referă la faptul că la fiecare sex se găsesc vestigii ale organului sexual opus; ele există în stare rudimentară, fie private de orice funcție, fie adaptate unei funcții diferite (FREUD — „Trei eseuri asupra teoriei sexualității”). MARANON vorbește, în „Problemele sexelor”, despre intersexualitatea endocriniană (balansul endocrin al pubertății), datorită creșterii pasagere a acțiunii hormonilor opuși sexului manifest, și despre bipolaritatea glandei genitale embrionare. SZONDI afirmă că trebuința bisexuală este, ontogenetic, mai veche decît trebuința heterosexuală. FLIESS consideră că bisexualitatea este o caracteristică general umană, ea apare mai pregnant în atracția homosexuală, dar este prezentă și în procesul refulării în

cadru conflictului dintre trebuințele masculine și feminine. FREUD afirmă, referitor la interpretarea lui FLIESS, că „sexul dominant al persoanei a refuțat în inconștient reprezentarea fizică a sexului invins”. Rezerva lui FREUD privind problema bisexualității constă în faptul că bisexualitatea ar presupune o diferențiere clară a masculinității și feminității; or, aceste concepte se modifică, în semnificațiile lor, în funcție de sistemul de referință (biologic, psihologic, social); pe de altă parte, FREUD consideră că FLIESS a fundamentat mecanismul refuțării (în esență psihologic) pe baze biologice (astfel, forța care refulează ar avea sursa în sexul biologic manifest, iar conținutul refuțat ar aparține sexului opus). De menționat că, în concepția lui FREUD, bisexualitatea biologică nu concordă cu ideea sa în ceea ce privește semnificația falsului pentru fiecare dintre cele două sexe.

293. **BISLEPTICE** (cf. lat. *bis* ; gr. *leipsis* „acțiunea de a apuca”) ● Clasă de psihotrope recent descoperite, cuprinzând produși bivalenți. Farmacodinamica lor se datorează structurii chimice, care reușește să reunească un segment identic neurolepticelor sedative (HALOPERIDOLUL) cu un segment identic timolepticelor (IMIPRAMINEI), realizând o acțiune antidepressiv-sedativă moderată. Spectrul indicațiilor terapeutice este larg : depresii inhibitate și delirante, schizofrenia cu defect apato-abulic, sindroame depresive de sevraj, nevroze astenice, depresive.

În cazul endogenilor (având în vedere acțiunea farmacologică moderată) se recomandă asocierea lor — PÜLDINGER, WIDER, SCHMIDLIN — în funcție de tabloul clinic, fie cu un neuroleptic, fie cu un antidepressiv (dar nu de tip IMAO). Până în prezent, din această clasă s-au individualizat două substanțe active : carpipramina și clocapramina, care constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici :

- *Carpipramina*^(DCI) : DEFECTON^(M) Japonia ; PRAZINIL^(M) Franța
- *Clocapramina*^(DCI) : CLOFECTON^(M) Japonia.

Deși începutul realizării unor timoleptice cu valențe sedative este promițător, performanțele terapeutice ale acestor medicamente sînt încă modeste.

294. **BISMUT** (engl. *bismuth*) ● Metal alb, cu numărul atomic 83 și greutatea atomică 298,98, cu acțiune treponemicidă. Este utilizat (contrar așteptărilor) și în zilele noastre, alături de mercur, penicilină și alte antibiotice,

în tratamentul sifilisului (A. CONU). Se administrează pe cale intramusculară sub formă de săruri liposolubile (naftenat de bismut), cu resorbție și acțiune lentă, sau neliposolubilă (hidroxidul și salicilatul de bismut), cu resorbție și acțiune rapidă. Cuplat cu globulinele tisulare, bismutul are acțiune treponemostatică, acționînd prin inactivarea grupărilor enzimactice SH ale treponemei. În faza de atac a tratamentului antiluetic se utilizează numai în asociere cu penicilina, care are efect treponemicid. Pentru a evita reacția Herzheimer, datorită distrugerii masive a treponemelor de către penicilină, se recomandă un tratament anterior, de câteva zile, cu săruri de bismut. Bismutul are indicație și în perioadele de latență ale bolii. Poate provoca o serie de accidente toxice : stomatiță, colită, nefrită, eritrodermie, urticarie, alergii, motiv pentru care valoarea sa terapeutică s-a redus în timp.

295. **BISOCIAȚIE** (cf. lat. *bis* ; *sociatio* „asociere”) ● Asociația între doi termeni îndepărtați ca sens. Constituie unul din mecanismele creativității, la dezvoltarea căruia se ajunge prin gândire divergentă (J. P. GULFORD), caracterizată astfel de JERSILD : nu se pleacă de la premise date spre concluzii prin înlanțuire logică, ci se ajunge dincolo de ceea ce este la îndemînă și aparent ; nu se caută o concluzie concretă, ci se examinează mai multe răspunsuri posibile. După KOESTLER, ar reprezenta asocierea unor termeni foarte îndepărtați ca sens, din domenii diferite. Ar fi unul din principiile operaționale ale creativității.

296. **BISTON**^(M) Bulgaria. — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz[b,f]azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepressivă, anti-algică, avînd indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

297. **BIT** (engl. *bi(nary digit)* „cifră binară”) ● Termen cu două sensuri : cifră în sistemul de numerație binar ; unitate de informație (1 bit = cantitatea de informație ce se obține prin opțiunea pentru una din două alternative echiprobabile). Termenul a fost introdus de C. E. SCHANNON prin lucrarea „A mathematical Theory of Communication” (1948).

Imensa capacitate de prelucrare informațională a creierului uman a fost calculată la 28×10^{19} biți (280 de cvintilioane), dintre care conștient 15—30 biți/secundă (și incon-

știent, automat circa 10 milioane biți/secundă), toate acestea considerate numai pentru un moment dat, lăsând cu mult în urmă calculatorul care este capabil numai de circa 10^7 —10 milioane de biți.

298. **BIZAR/BIZARERIE** (fr. *bizarre* „ciudat, straniu“) ● Proprietatea de a fi ciudat, extravagant, ilogic, fantastic sau foarte diferit de ceea ce este considerat obișnuit. Bizareria (calitatea de a fi bizar) este una din proprietățile fundamentale ale sindromului disociativ schizofrenic. Aici bizareria se manifestă în toate laturile vieții psihice. În gândirea disociativă, distorsionarea sistematică a operațiilor gândirii (sinteză, analiză, comparație, abstractizare, generalizare, concretizare) determină perturbări în utilizarea noțiunilor și cunoștințelor, în înțelegerea lumii, care produc o bulversare implicită a limbajului, o dezorganizare a discursului; slăbirea legăturilor dintre



Hieronymus Bosch

semnificat și semnificat, fisurarea normelor discursive neaportate.

La nivelul afectivității, caracterul bizar se manifestă în ceea ce se numește paratimie: emoții, sentimente paradoxale, absurde, ca de exemplu a a fi față de părinți, dragoste față de un papagal, teamă aberantă de o creatură etc

Acte bizare pot fi considerate ținuta și mimica în discordanță cu condiția socială și cu conținutul ideo-afectiv, trecerea bruste de la efuziuni afective la conduite agresive nejustificate. Pe fondul bizariei permanente pot apărea manierismul și teatralismul. — ca semne de exagerare și „sistematzare“ a bizariei. Bizareria se întilnește într-o formă calitativ diferită și în isterie. Dacă în spatele manifestărilor bizare ale schizofreniei observatorul nu găsește nici o explicație comprehensibilă, comportamentul bizar din isterie este de fapt un limbaj care, odată descifrat, se dovedește comprehensibil în motivațiile sale. O notă este net vizibilă: atragerea cu orice preț a atenției celorlalți, dorința de a fi „în centru“.

299. **BÎIGUIALĂ** ● Tulburare minoră de comunicare verbală, pentru unii o formă atenuată de balbism, pentru alții o manifestare independentă, constind din pronunțarea surdă, confuză, de tonalitate slabă, însoțită de (sau consecutivă cu) modificarea ritmului respirator și a expresiei mi nice; este întilnită la personalități cu o anumită structură emoțional-afectivă: hiperemotive, instabile sau impulsive. Nu are semnificație patologică, ci orientativă asupra unui anumit tip de personalitate.

300. **BÎLBÎIALĂ** ^{sin} → BALBISM.

301. **BLA-BLA STANDARD** (*trâncăneală*) ● Termen folosit de HUTTON și preluat de BALINT pentru a descrie incurajarea necesară care se impune a fi folosită de psiholog, în scopul acomodării unui subiect la situația de a participa la un test psihologic. Această „trâncăneală standard“ are rolul de a depăși ostilitățile subiectului, neliniștea și temerile acestuia. Crearea unei atmosfere favorabile înțelegerii de către subiect a testului, ca și a situației generale de examinare, poate avea un rol determinant în exactitatea rezultatelor. Această metodă (ca de altfel orice metodă standardizată), arăta BALINT, nu se potrivește tuturor situațiilor, nefiind eficientă în cele „atipice“. În aceste cazuri autorul recomandă renunțarea la acest dialog preliminar, care poate avea un efect contrar, mergând pină la respingerea situației de examinare psihologică.

302. **BLACKMORE** Richard (1653—1729) ● Medic englez, autor al unor poeme epice de certă valoare („Prințul Arthur“, „Regele Arthur“), dar și cu preocupări în domeniul psihatriei. A publicat în 1725 la Londra, o lucrare care a atras atenția: „Despre afecțiuni hipocondriace și isterice sau despre plictiseală și vapori“. Lui îi datorăm elucidarea paternității britanice asupra „solleu“-ulu;

cit și delimitarea noțiunii de melancolie (criteriile: tristețe, descurajare, neîncredere). Face pentru prima oară distincția dintre depresia gravă și ușoară, prefigurând sensul de endogen și reactiv evidențiind un rafinat simț clinic. Nu același lucru se poate spune despre metodele terapeutice folosite de el — de altfel și de epoca sa — pentru care opiumul reprezenta panaceul universal în bolile psihice.

303. **BLACKOUT** (engl. *blackout* „camuflaj”)

● Termen preluat ca atare din limba engleză, care desemnează un episod de amnezie anterogradă (de fixare) care apare în timpul unei intoxicații acute la alcoolici (și rareori la subiecții normali) fără ca — în plan clinic — să poată fi remarcată vreo modificare, comportamentul, abilitățile motorii și intelectuale fiind intacte. Este afectată memoria recentă (evenimente întâmplate cu 5—10 minute înainte), dar păstrată cea imediată. Se produce, probabil, prin lipsa sau diminuarea consolidării fixării noilor informații. Aceste eclipse de memorie pot fi anxiogene, pacientul nefiind sigur, a doua zi după o beție acută, de comportamentul său din timpul acesteia. Constituie de obicei un simptom al instalării dependenței fizice.

304. **BLANCHE Esprit-Sylvestre** (1796—1852) ● Psihiatru francez. Imediat după terminarea studiilor (Paris, 1820) i se încredințează conducerea unei case de sănătate mintală din Montmartre, unde se va conduce după principiul: „Cel care se consacră conducerii unui astfel de stabiliment (casă de sănătate mintală) trebuie să fie în același timp medic, infirmier, prieten și confident al bolnavilor săi”, principiu care nici astăzi nu și-a pierdut actualitatea.

305. **BLANCHE Antoine-Emile** (1820—1893)

● Fiul lui **BLANCHE Esprit-Sylvestre**, preocupat de psihiatrie încă din timpul studiilor; teza sa se referă la alimentația artificială a bolnavilor mintali. Profesează alături de tatăl său și-i urmează acestuia la conducerea casei de sănătate din Montmartre. Profesiunea sa de credință era: „un psihiatru trebuie să fie mai mult decât un medic și decât un preot”; considera că medicul trebuie să fie dedicat întru totul profesiei sale, pe care nu o poate face decât dăruindu-se. A avut preocupări în domeniul psihiatriei juridice, unde era atras de problema discernământului bolnavilor psihici, încercând pentru prima dată să le aprobe interesele. A fost consultat timp de 40 de ani în toate marile procese ale Franței care implicau probleme de discernământ; în 1878 a preconizat înființarea unei instituții unde să fie internați criminalii bolnavi mintal.

Este unul dintre cei care au susținut introducerea divorțului din motive de sănătate mintală. Clinician și, în același timp, terapeut de finețe, este solicitat în această calitate de **GÉRARD de NERVAL**, **GUY de MAUPASSANT**,



Antoine-Emile Blanche

LAMARTINE, **RENAU**, **BERLIOZ**, **GEORGE SAND**, **TURGHENIEV**, de care îl legau prietenii dar care beneficiau și de sfaturile sale.

306. **BLAZARE** (fr. *blaser*) ● Scădere a

rezonanței afective, dezinteres pentru mediul înconjurător, indiferență atrăgând după sine o lipsă de participare și implicare în evenimentele cotidiene. Justificată prin dezgust sau oboseală, blazarea poate apărea ca o stare psihică trecătoare, sau se poate contura ca o trăsătură caracterială constantă. Apare ca rezultat al insatisfacțiilor, insucceselor suferite în urma autoproponerii unor obiective disproportionat în raport cu posibilitățile reale ale subiectului, a incapacității de redresare în urma unor eșecuri, decepții. Este mai frecventă la personalitățile slabe, neadaptate, lipsite de capacitatea de a-și găsi motivații și scopuri apropiate, susceptibile de a fi atinse, de a-i procura satisfacții. Redresarea în urma unor insuccese, lupta pentru atingerea unui

scop, constanța unei motivații sînt posibile numai printr-o maleabilitate adaptativă, mobilitate psihică, tonus afectiv susținut, înțelegere și interpretare corectă a evenimentelor și situațiilor de viață. Toate acestea presupun realizarea prealabilă a unei autocunoașteri; prin autocunoaștere persoana reușește să-și regleze motivațiile în raport cu ea însăși, în raport cu lumea. Astfel, blazarea apare ca rezultat al unor eforturi sterile, al unor eșecuri în lanț, al unor situații resimțite ca situații de eșec, al unor frustrări pe care individul nu și le poate explica sau și le explică în mod greșit.

307. BLEFAROSPASM (cf. gr. *blepharon* „pleoapă”; *spasmus*) ● Exagerare a mișcărilor normale de închidere a pleoapelor, sub acțiunea unui tonus crescut al orbicularilor. Există un blefarospasm clinic, care se manifestă printr-un clipeț normal, dar cu o frecvență crescută, și un blefarospasm tonic, realizat printr-o închidere a pleoapelor. Blefarospasmul poate apărea reflex datorită iritațiilor ramurilor senzitive trigeminale și are cauze oculare (leziuni traumatiche sau inflamatorii corneene, ale irisului, keratită, iridociclită, afecțiuni palpebro-conjunctivale, eczeme, blefarite, oftalmia de zăpadă) și extraoculare, afecțiuni dentare, otice, nazale, faringiene, afecțiuni tumorale și hemoragii cerebrale, encefalite, tabes, crize isterice. Poate apărea și prin iritația facială, dar în acest caz este însoțit clinic de o contractură anormală a tuturor mușchilor din jumătatea feței inervată de nervul facial afectat și se poate permanentiza. Această formă de blefarospasm poate fi de origine centrală, cînd leziunea este situată în ramura frontală ascendentă nucleară (tumori, abcese, hemoragii ce afectează nucleii facialului), periferică (plăgi ale feței) sau secundară unor paralizii faciale.

În psihiatrie interesează mai mult blefarospasmul reflex, fără manifestare în cadrul unor afecțiuni oculare, cum ar fi blefarospasmul isteric, în care lipsa organicității și prezența elementelor definitorii ale personalității isterice (teatralism, egocentrism, imaturitate și labilitate emoțională, dependența afectivă), precum și contextul în care apare blefarospasmul, fac ca tratamentul să nu fie oftalmologic ci psihiatric. Este de reținut existența lui ca simptom alături de astenie, paloare, slăbiciune musculară, crampe musculare, parestezii ale extremităților în tetania cronică.

308. BLEULER^(B) boală sin. SCHIZOFRENIE ● Termen introdus de psihiatrul elvețian E. BLEULER. Identitatea celor două denumiri ale afecțiunii cunoscută inițial ca „demență precoce” este astăzi considerată drept clasică, folosirea numelui ilustrului psihiatru făcîndu-se de cele mai multe ori în scopul protecției sociale a subiectului și ca o recunoaștere a celui care a descris-o → SCHIZOFRENIE.

309. BLEULER Eugen (1857—1939) ● Își desăvîrșește studiile la Zürich, Waldau, Paris, Londra și München, obținînd definitiv, din 1881, pentru psihiatrie. După internatul făcut la clinica din Bughölzl, este numit director de azil la Rheinau, unde va rămîne 12 ani pentru a-i urma lui FOREL la conducerea catedrei de psihiatrie, după ce acesta se va retrage dedicîndu-se definitiv pasiunii vieții sale, entomologia. El va aduce clinicii de la Zürich o faimă mondială la care vor contribui



Eugene Bleuler

și asistenții săi (printre aceștia, K. ABRAHAM, C. G. JUNG, O. BINSWANGER și E. MIKOWSKI). Numele lui BLEULER rămîne legat de enigma majoră a psihiatriei, adevărată piatră de încercare atît pentru teoreticieni cît și pentru practicieni, atunci ca și acum, schizofrenia (termen care-i aparține).

Abordînd cu un curaj deosebit, cu spirit nu numai novator ci și realist, în tratatul „Aschaffenburg”, problema demenței precoce, BLEULER atacă energic concepția titanului mîncenez (KRAEPELIN), formulînd o „triplă contestație” (H. EY): negarea demenței (schizofrenia nu este o demență în sensul comun), negarea evoluției cronice obligatorii (numai o treime din cazuri ajung la o deteriorare gravă), negarea omogenității acestei boli (chiar titlul capitolului se intitulează „Gruppe der Schizophrenien” — Grupa schizofreniilor). El face fine notații psihopatologice, reușind să descrie ceea ce pentru el reprezintă simptomul fundamental al acestei boli — Spaltung-ul (disociația). De asemenea, introduce criteriul ierarhizării simptomelor (simptome fundamentale — „Grundsymptome” și simptome accesorii — „Akzessorische Symptome”).

Sub impulsul mișcării psihanaliste el admite participarea „complexelor afective” la formarea simptomelor schizofrenice secundare, ca tentative de adaptare la simptomele primare, concepție care va fi de altfel reluată de „organodinamism” (sub forma simptomelor pozitive și negative). Sesizează pentru prima oară rolul pe care afectivitatea și inconștientul îl joacă în exprimarea unor tulburări mai puțin zgomotoase decît halucinațiile și stările confuzionale, dar mult mai profunde și mai dificil de observat: disociație, ambivalență, autism, asociații anormale. Opera sa, deși clinică, a reprezentat o deschidere fundamentală spre psihopatologie.

310. BLEULER⁸ *simptom* ● Halucinație vizuală complexă, avînd dublă caracteristică: imaginea este plasată în afara cîmpului vizual și în spatele bolnavului. A fost descrisă de E. BLEULER și se întîlnește în schizofrenie.

311. BLITZKRAMPF (SPASM FULGERĂTOR);

BLITZNICK (APLECARE FULGERĂTOARE);

BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF (APLECARE FULGERĂTOARE ȘI SPASM SALAAM) — *sin.* BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE; CRIZE ECLAIRE; CRIZE PROPULSIVE; CRIZE SURSAUT; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE; GIBBS^(B) boală; HIPSARITMIE; MASSIVE MYOCLONIC JERKS; NICK-KRÄMPFE; PETIT MAL PROPULSIVE; SPASM INFANTIL; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE;

TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND) †

TICURI DE TIP SALAAM ^{*sin.*} → WEST^(S) *sin-*drom.

312. B.L.M.^(S) *sin-drom* ● Prescurtare pentru sindromul buco-linguo-masticator, frecvent întîlnit în diskinezia tardivă.

313. BLOCADREN^(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Italia, Olanda, Portugalia, Suedia — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-[(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil]-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, psihosomatică, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrăjelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

314. BLOCAJ (*fr. blocage*) ● Reacție de oprire a fluxului ideo-verbal sau al actului ideo-motor în curs de desfășurare, pe care subiectul o are în fața psihologului sau a unei probe psihologice (ori secvențe ale acesteia) datorită stării de boală (suspiciozitate, nesigurantă de sine, hiperemotivitate, negativism etc.) sau altor cauze subiective. Subiectul manifestă o latență crescută înainte de a răspunde la solicitările examinatorului, poate respinge proba sau o poate continua ulterior. Blocajul se poate manifesta de-a lungul întregii probe sau doar la o anumită secvență a acesteia, de exemplu la una din planșele testului Rorschach sau TAT. În toate situațiile, dar mai ales în cazul testelor proiective, examinatorul este obligat să noteze și să interpreteze acest tip de reacție.

315. BLOCANOL^(M) Finlanda ^{*sin.*} → BLOCADREN^(M).

316. BLOCARDYL-S^(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează:

- CLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- PROPRANOLOL^(M) — betablocant, derivat isopropilnaftalic. Acțiune anxio-litică-sedativă și betablocantă.

317. BLOCAREA RITMULUI ALFA (α) — EEG (*fr. bloquer*) ● Ritmul α este deosebit de labil, înregistrîndu-se în marea majoritate a cazurilor, în repaus psihosenzorial și orice excitant, îndeosebi luminos, dar chiar și de altă natură, produce dispariția acestui ritm de pe traseul EEG sau „reacția de blocare”. Aceasta este cunoscută în electroencefalo-

grafie sub denumirea improprie de „reacție de orbire” (intrucit nu apare numai la lumină) care depășește de obicei durata excitației. În stările comatoase moderate sau în coma vigیلă, stimularea senzorială produce echivalentul unei „reacții de trezire” (ARSENİ), caracterizată prin perioade de urde lente, ample, generalizate, de durată și evoluție variabilă, în funcție de starea clinică a subiectului → EEG.

318. BLOCH-SULZBERGER^(S) *sindrom* — sin. BLOCH^(S) *sindrom*; CAROL-BOUR^(S) *sindrom*; INCONTINENTIA PIGMENTI; MELANOBLASTOZĂ LINEARĂ (MELANOBLASTOSIS LINEARIS); SIEMENS^(S) *sindrom* ● *Sindrom de etiologie necunoscută, a cărui descriere clinică a fost succesiv făcută de către GARROT (1906), ADAMSON (1907), BLOCH (1926) și SCHULZBERGER (1928). Afectează exclusiv sexul feminin, traducându-se clinic prin semne cutanate (pigmentația stratumului bazal al tegumentului, cu apariția unor zone de culoare brună sau cenușie-lividă, localizate simetric pe fețele laterale ale toracelui, brațe, coapse, șolduri), semne oculare (miopie, strabism, retinită, coroidită exsudativă, atrofia nervului optic etc.), defecte dentare (microdonție sau aplazii), asociate cu debilitate mintală în grade variate, microcefalie, convulsii, sindrom Little, malformații scheletale.*

319. BLOCQ^(B) *boală* ^{sin.} → APRAXIA MERSULUI (GERSTMAN) ^{sin.} → ASTAZOABAZIE.

320. BLOMSILAN^(M) *Grecia* — DCI Oxazepam ● *Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).*

321. BLUM^(T) *test* ● *Test imaginat în 1949 de către psihologul de formație psihanalistă G. S. BLUM, în care sint prezentate subiectului 12 desene umoristice având drept personaj principal un cățel Blacky. Acest test proiectiv destinat copiilor, investighează frustrările micului subiect, cărui i se cere să creeze o mică povestire pe marginea fiecărui desen. Ulterior subiectul este investigat cu*

o serie de întrebări standard. Sexul cățelului este prezentat în funcție de sexul micului subiect.

322. BOALĂ ● *Ansamblu coerent de manifestări — semne cu diverse determinări etiologice, la diverse nivele ale organismului, manifestări definite prin faptul că el reprezintă o alterare a stării de sănătate ca stare de echilibru organic, psihic și social. Noțiunea de boală se discută și se precizează în raport cu noțiunea de sănătate, ambele noțiuni referindu-se la două categorii de fenomene care se evaluează în funcție de un sistem de norme stabilite de instituții de specialitate (medicale) și unanim acceptate. În general, aceste norme conțin criteriile conform cărora un semn (o manifestare) reprezintă o disfuncție, deci o abatere de la normalitate, considerind normalitatea ca echilibru dinamic al întregului organism într-un sistem de referință.*

Ideea lui P. REYNAUD (1975) conform căreia „este o iluzie gravă a crede că sănătatea este o stare normală și că boala este un accident” se poate reflecta în definiția pe care OMS o dă sănătății: „stare completă de bine din punct de vedere fizic, mintal și social, care nu constă doar în absența bolii sau infirmității”. În acest context este ușor de înțeles că, pentru majoritatea oamenilor de știință, distincția între sănătate și boală este greu de făcut, limitele fiind imprecise. În timp ce prima se circumscrie prin valențe pozitive, a doua se profilează ca „abatere de la norme”, abateri acumulate cantitativ și determinând un „specific calitativ” în raport cu fenomenele normale (ATHANASIU). Gîndind boala ca pe o noțiune abstractă, „o viață limitată în libertatea ei”, MARX preconizează un model care a suferit metamorfozări continue, sub influența diferitelor stadii de dezvoltare a științei. Nu există comunități umane fără boli, la fel după cum caracterele social-istorice ale acestora nu pot să nu-și lase amprenta asupra modelului lor. Astfel, delimitarea noțiunilor simptom-sindrom-boală a fost supusă unor conceptualizări încă de pe vremea lui HIPOCRATE, SYDENHAM, precizînd pentru prima dată (secolul al XVIII-lea) că nu se poate pune semn de egalitate între simptom și boală. WIRCHOW, prin studiile sale microscopice, coboară procesul morbid de la nivelul organului, la nivel celular. Mai târziu, microbii puși în evidență sub lupa microscopului (PASTEUR, KOCH) au furnizat explicația mecanicistă, dar bine stabilită (elături de agenți toxici generatori de boală),

a unor boli cărora știința le-a oferit ulterior și remedii terapeutice din ce în ce mai eficiente. Etapele cercetării genetice, biochimice, cu radioizotopi, tehnologia avansată a biociberneticii au adăugat noi



Gustave Doré

corelații și deci au creat noi sisteme-model ale bolii, în care explicația unei legături cauzale simple (agenți fizici/chimici/infecțioși → leziune, deci = boală) nu mai poate fi satisfăcătoare.

Teoria informațională asupra bolii, prin care patologia este înțeleasă ca un deficit informațional de tip biologic (infecții, leziune, arsură, deficit enzimatic) sau psihologic (emoții puternice, stres), corespunde unei abordări sistemice în care este clar că soma nu poate fi despărțită de psyche. Omul nu mai este considerat „o sumă de organe, țesuturi sau celule sănătoase sau bolnave” (PĂUNESCU — PODEANU), ci un sistem viu și dinamic aflat în strinsă corelație cu factorii sociali. Indiferent de standardele și normele culturale și de simbolistica folosită, relația sănătate-boală nu poate fi privită decît din perspectiva trinomului bio-psiho-social, sens în care converg majoritatea părerilor autorilor, români și străini.

Din cele expuse mai sus se poate deduce o definiție generală, în care boala înseamnă alterarea stării de sănătate, avînd drept cauză modificarea mediului intern sau acțiunea unor agenți externi. Are loc un anumit mod de abatere de la standardul funcțional normal al organismului, determinînd efecte negative ce sînt resimțite ca „disconfort personal” sau ca „afectînd în mod ostil viitorul statut de sănătate al individului” (pe plan psiho-sociologic). Privită ca o disfuncție, boala este decît o deviere de la funcționalitatea optimă, normală, echilibrată a organismului cu implicații directe, biologice, dar și indirecte, sociale. Luînd în considerare gradul de organizare și structurare a existenței biologice, circumscrierea procesului patologic, boala obiectivează alternarea ordinii în cadrul sistemului organismului, la nivelul tuturor subsistemelor (organ, țesut, celulă), ca și la nivelul relațiilor funcționale existente între ele, ceea ce revine la denaturarea codului de reguli biologice care circumscriu „logica viului” (GR. POPESCU S. RĂDULESCU). Fiind o formă de existență a materiei vii, boala este de fapt un proces patologic, ea presupune o modificare în raportul dintre integritate (forțele interne ale organismului) și integrare (unitatea organismului cu mediul).

Medicina clasică folosește două categorii de fenomene în circumscrierea noțiunii de boală: faptele obiective, semnele (de exemplu pulsul, tensiunea arterială, febra, formațiuni palpabile, rezultatele examenelor de laborator și ale altor investigații paraclinice) și simptomele, care sînt manifestări cu caracter parțial subiectiv, ele reprezentînd pe de o parte modificarea obiectivă a funcționalității organismului pe de altă parte modul particular în care individul resimte, constată, apreciază această schimbare/disfuncție. Semnele obiective sînt controlabile și cuantificabile, ele trimit la criteriile unui diagnostic și la etiologia probabilă a bolii; totuși procesul diagnosticului solicitat din partea specialistului nu numai o enumerare și cuantificare a semnelor, ci și o corelare a lor, o înlănțuire a semnificațiilor acestor semne, o evaluare a lor în funcție de un sistem de referință exterior organismului, dar și în funcție de organism în ansamblul său, ca sistem de referință.

În concepția lui BALINT, boala apare atunci cînd un individ, în esență bine adaptat, manifestă o serie de tulburări somatice sau psihice, generată de faptul că un agent anume reușește să învingă apărările organismului. Știința medicală, în evoluția ei, a reușit să asigure trata-

mente tot mai specifice pentru o serie de afecțiuni (metabolice, neurologice, psihice), mai ales în măsura în care această știință a făcut o serie de descoperiri etiologice. Specificarea tratamentelor precum și aplicarea lor într-o perioadă de debut al bolii depind de metodele de investigație, de modul în care aceste metode sînt eficiente în validarea sau invalidarea unei ipoteze diagnostice. Există însă o serie de afecțiuni a căror etiologie este denumită endogenă (și dintre acestea fac parte unele boli psihice grave, unele boli degenerative) și al căror tratament este mai mult simptomatic, intrucit etiologia rămîne deocamdată necunoscută sau parțial cunoscută. Este de menționat faptul că în evoluția și tratarea unor boli capătă importanță modul în care subiectul resimte și trăiește boala, precum și modul în care se stabilește și se continuă relația sa cu terapeutul. Principiul conform căruia nu există boli ci bolnavi, trimite la faptul că un model patologic dat se modifică în funcție de individ, de felul cum pacientul cooperează cu medicul, de cum își mobilizează subiectul propriile apărări.

În psihiatrie, poate mai mult decît în alte ramuri ale medicinei, relația bolnav-tămăduitor nu se rezumă la stabilirea unui tablou patologic, ci presupune, din partea medicului, înțelegerea pacientului ca individ uman în contextul său de relații, deci ca persoană ale cărei manifestări au căpătat, la un moment dat, dimensiunea unei suferințe specifice. Experiența de referință în ceea ce privește formarea medicului practician este experiența lui BALINT (grupurile de formare profesională, ulterior răsîndite sub diverse forme, ca de pildă sesiunile de informare și perfecționare profesională etc.), între anii 1950—1972, la Tavistock Clinic în Londra. Toate acestea răspund unei cerințe generale, anume că activitatea de a tămădui (de a îngriji, de a descoperi boala și de a o rezolva) presupune raporturi specifice (și nu doar strict nozologice) între medici și medici, între medici și bolnavi, între medici și societate.

323. BOALĂ CANCEROASĂ ● Cancerul reunește o serie de afecțiuni caracterizate anatomo-clinic prin dezvoltarea de tumori în organe și țesuturi. Expresia lui histo-citologică este neoplazia, unitatea morfo-funcțională a acesteia fiind celula canceroasă (neoplazică sau tumorală). Orice tip de celulă dintr-un țesut oarecare, sub acțiunea factorilor cancerigeni sau cocancerigeni poate deveni celulă canceroasă, care proliferază nelimitat și anarhic, infiltrază și distruge țesuturile și

organele în care migrează și diseminează în tot organismul. Diseminarea se poate face prin interstițiul locoregional, pe cale vasculară limfatică sau sanguină. Se produc astfel metastaze și/sau tumori secundare în orice parte a organismului, toate celulele canceroase din organism constituind neoplazia care, în final, invadează și ucide organismul.

Procesul de cancerizare evoluează în etape, dar este continuu, determinînd invadarea, distrucția și în cele din urmă, moartea întregului organism. Cancerizarea organismului depinde de capacitatea de proliferare, de dimensiunea celulelor canceroase și de biocompatibilitatea lor în condițiile constituționale metabolice, hormonale și imunologice proprii ale organismului cancerizat. Prezența și dezvoltarea neoplaziei în țesuturi și organe determină modificări patologice ale acestora, modificări care la rîndul lor afectează teritoriile locoregionale — în jurul tumorii și/sau extraregionale — acolo unde neoplazia infiltrază sau formează tumori secundare metabolice.

Tumorile și metastazele cerebrale și medulare ocupă spațiul din cutia craniană sau canalul rahidian, determinînd compresii și distrugerii ale țesutului cerebral și ale celorlalte structuri nervoase, edem cerebral și hipertensiune intracraniană, fiind însoțite de o simptomatologie psihică specifică. Simptomatologia psihică manifestă în momentul conștientizării existenței bolii canceroase este foarte puțin prezentată în datele literaturii de specialitate și precizarea acestui diagnostic acționează ca un eveniment psihotraumatizant brutal, trăit intens, cu implicații afective puternice. Dominanța simptomatologiei somatice, încercarea bolnavului de a „depista” un tratament „mai eficient”, un medic care îl poate salva, **astenia** caracteristică afecțiunii, sînt probabil elementele care fac ca simptomatologia psihică secundară diagnosticului de neoplazie să treacă „în umbra tabloului clinic”, deși modificarea provocată de boală se reflectă profund în însăși personalitatea subiectului, căruia îi schimbă felul de viață, comportamentul, într-un cuvînt toate datele existenței. Personalitatea bolnavului canceros este subminată de schimbarea totală a existenței, schimbare pe care cancerul — în mod particular în cadrul afecțiunilor cronice — o realizează prin aspectul uneia dintre marile calamități ale vieții.

Elementele de subminare a personalității sînt provocate de deprivare socială, de modificarea ritmului de muncă și viață, de spitalizarea îndelungată, de posibila modificare a relațiilor familiale, de dependența de trata-

mente sau de procedurile medicale, de efectele secundare ale medicației, de modificarea traiectoriei existențiale, pentru majoritatea indivizilor, cancerul însemnând insecuritate și moarte, durere, izolare, abandon.

Reacțiile individului sînt variabile în funcție de personalitatea sa premorbidă și de capacitatea lui de a privi lucid boala, evoluția stării psihice fiind de regulă spre resemnare și pasivitate, însoțite de frica de a fi abandonat. Reacțiile emoționale ale cancerosiilor vor evolua — după HAYNAL — în trei faze :

- faza de confruntare cu diagnosticul, cînd subiectul este anxios, agitat, deprimat, are conștiința existenței unui lucru grav ;
- spitalizarea cu separarea de familie, cu senzația de abandon, cu reacții anxioase și depresive, urmate de tendința de negare a depresiei, credința într-un miracol tehnic ;
- faza în care se impune intervenția chirurgicală (de regulă, o operație de amputare), fază în care are loc modificarea profundă a existenței subiectului.

Frecvent însă subiecții „întegrează“ boala într-un comportament cu semnificație de apărare, care prezintă un mecanism similar celui ce se declanșează în nevroze. Alteori apar reacții acute, depresive sau de autoagresiune, anxietatea poate deveni puternică, fiind însoțită uneori de un proces de regresivitate psihologică cu dependență și pasivitate. Anxietatea este frecvent latentă, surdă, în expresia ei clinică rolul determinant avîndu-l personalitatea premorbidă.

În boala cancerosă pot apărea sindroame confuzionale sau stări demențiale înainte de depistarea afecțiunii, descrise în cadrul sindromului „toxic“ carcinomatos. Mecanismele de producere tîn de tulburările metabolice, de produși toxici tumorali, de reacțiile alergice, carențiale — fenomene capabile de a produce edem cerebral. Antomopatologic, au fost evidențiate leziuni degenerative ale sistemului nervos central. Metastazele cerebrale sau cancerice cu origine cerebrală pot genera un sindrom psihoorganic polimorf, în care cel mai frecvent apar (pe fondul unui sindrom deteriorativ) depresia, dezinhibiția instințială, expansivitatea exagerată și, ulterior, dismnezia, apatia, tulburările de conștiință. Sindromul psihoorganic din cadrul sindroamelor paraneoplazice prezintă un tablou monomorf, de cele mai multe ori sub forma unui sindrom deteriorativ cu evoluție rapidă.

Studiile psihosomatice evidențiază păreri contradictorii și mult prea numeroase în ceea ce privește existența unui teren psihologic

precanceros. Oricare ar fi acest teren, oricare ar fi manifestările psihice ce însoțesc boala cancerosă, catastrofa emoțională pe care ea o determină impune prezența psihoterapeutului alături de subiect și de medicul curant. Alături de terapia biologică, chirurgicală, psihoterapeutul trebuie să asigure o terapie psihologică corespunzătoare, să realizeze o relație interumană, marcată printr-o comunicare eficientă între medic și pacient, care să-i asigure acestuia din urmă o mobilizare a resurselor sale, o circumscriere a lor în dorința de vindecare.

324. BOALĂ CLANDESTINĂ ● Afecțiuni pe care subiectul începe să le ascundă, fie pentru că le consideră „rușinoase“ (boli venereice), fie pentru că au fost provocate de practici clandestine și ilegale (avorturi). Implicațiile sînt multiple și complexe : simptomatologia psihoopatologică ce apare ca epifenomen al acestor boli poate constitui în fața profanilor un paravan care devine convenabil chiar pentru subiect. De multe ori el se adresează medicului acuzînd tocmai acest epifenomen, în speranța naivă că-și va putea rezolva, pe căi ocolite (sau oricum secrete pentru familie, anturaj) afecțiunea esențială. Alteori, tocmai prin faptul că sînt cunoscute drept „rușinoase“, aceste boli pot fi cauza declanșării unei veritabile simptomatologii psihice reactive de coloratură depresiv-anxioasă (de intensitate variabilă), datorită condițiilor de insecuritate pe care subiectul le resimte și sentimentului de culpabilitate.

325. BOALĂ CRONICĂ DE IRADIERE ● Apare prin expunerea îndelungată la radiații ionizante, atunci cînd dozele nu sînt suficiente pentru declanșarea unui sindrom acut de iradiere, dar depășesc semnificativ maximele admise pentru expunerea profesională (100 m rad/săptămîna). S-a constatat, atît experimental cit și clinic, că iradierea cronică produce mai puține modificări în țesuturile cu ritm de diviziune crescut decît o doză unică echivalentă. Se pare că acest act se datorește atît posibilităților preparatoare la nivel tisular, cit și posibilității de eliminare a celulelor legate. Este tulburat însă echilibrul funcțional celular, care ce afectează echilibrul funcțional al întregului organism, cu distrugerea progresivă a celulelor și țesuturilor esențiale pentru desfășurarea normală a funcțiilor vitale, cu determinarea de efecte somatice tardive. Clinic, efectele sînt diferite, în funcție de felul iradierii — contaminare internă, iradiere cu radiații penetrante care pot interesa întregul corp, iradiere localizată, mai ales a miinilor. Afec-

tarea sistemului nervos central apare mai ales în forma produsă de iradierea întregului corp cu radiații penetrante, alături de sistemul nervos central fiind implicate și organele radiosensibile. Riscurile somatice tardive sînt reprezentate de leucemie sau alte forme de cancer și de scurtarea mediei de viață. Efectele ereditare includ mutații dominante și recesive.

Clinic, afectarea sistemului nervos central se caracterizează printr-un sindrom astenic lipsit de specificitate. Deși pe baza criteriilor morfologice sistemul nervos central a fost apreciat ca fiind radierezistent, el este totuși capabil să „sesizeze”, în diverse moduri, doza mică de radiații, la care de obicei răspunde fiziologic. Astfel, radiațiile ionizante sînt percepute de retina umană sub formă de fosfene ; animalele de experiență pot fi trezite de surse de radiații și de asemenea, ocolesc aceste surse invizibile plasate pe ruta lor obișnuită, dezvoltînd reflexe condiționate dacă este folosită iradierea ca „stimul indiferent”. S-a constatat că o sensibilitate deosebită o prezintă zonele trunchiului cerebral și zona hipotalamică. Alte aspecte clinice întirziate sînt: cefaleea, tulburările de somn, astenia accentuată și hipotensiunea diurnă, tulburările circulatorii cerebrale și cutanate, creșterea pragului de sensibilitate al analizatorilor. Astenia pare a fi accentuată prin insuficiența corticostuprenală frustă, secundară hiposecreției de ACTH hipofizar.

În expunerea cronică la radiații ionizante și în boala cronică de iradiere — deși țesuturile răspund diferențiat în funcție de particularitățile lor morfologice și proliferative — factorii de control ai homeostaziei, factorii hormonal și probabil și alte elemente de control influențează în mod deosebit aceste efecte.

326. BOALA INCLUZIUNILOR DAWSON

— sin. LEUCOENCEFALOPATIE SCLEROSANTĂ von BOGAERT (LESS) → PANENCEFALITĂ SUBACUTĂ SCLEROSANTĂ (PESS):

327. BOALA MUNȚILOR ^{sin.} → BOALĂ DE ALTITUDINE ; PUNA^(B) ^{sin.} → D'ACOSTA^(B) boală.

328. BOALĂ OCLUZIVĂ ● Stadiu incipient al obstrucției definitive a unui vas arterial cerebral, premergător instalării brutale a unei hemiplegii definitive. Se caracterizează prin atacuri ischemice tranzitorii cu semne neurologice focale, pasagere și este întilnită frecvent în demența arteriosclerotică.

329. BOALĂ PSHICĂ ● „Stigmat al neamului omenesc sau poate o caracteristică genetică a speciei, nebunia a provocat dintotdeauna, prin insolitul ei, o atentă mirare, o cutremurare și o înmărmurire celor ce o întilneau. Ea a rămas de-a lungul secolelor o constantă preocupare omenească, iar misterul ei ascuns continuă să fascineze și azi inteligența noastră” (PAMFIL, OGODESCU — „Psihozele”). „Există o istorie a nebuniei, așa cum există una a omnirii sănătoase” (PAMFIL).

Istoria conceptului de nebunie, de boală psihică, se împletește cu istoria concepțiilor despre om în general. Acceptînd ideea aceluiași autor, că o definiție reușește de multe ori să neutralizeze și nu să explice un anumit fenomen, încercăm o pătrundere în înțelegerea conceptului de boală psihică (fără a avea pretenția că vom reuși să elucidăm complet această problemă) pornind pe urmele firului istoric al concepțiilor despre nebunie. Istoria conceptului de boală psihică urmărește istoria dezvoltării societății, fiind strins legată de relațiile social-economice, nivelul cultural, concepțiile moral-religioase ale unei epoci sau alteia. În vechile cronici sînt descrise crizele lui Nabucodonosor, atins de „licantropia”, accesele depresive ale unui rege pe care David reușește să-l binedispună prin muzica sa „posedarea” unei prințese egiptene de către un spirit nefast, și enumerarea ar putea continua cu paricidul lui Oedip, delirul mistic al „profetei” Pythis din Dalhi și altele.

Întrucît se considera că nebunia este rezultatul unei posedări demonice, practicile terapeutice erau executate de preoții asclepiozi sub forma unor rituri religioase, prin care demonul, spiritul nefast, era somat să părăsească „gazda temporară”, prin post, regimuri de purificare etc. O limpezire în aceste concepții o aduce școala pitagoreică prin încercarea de a smulge exclusivitatea practicilor medicale din mina preoților. Hippocrate din Kos este primul care consideră ca afecțiunile mintale sînt boli ale creierului ; „trebuie să se știe că, pe de o parte plăcerea, rîsul, jocul, vesalia, pe de altă parte indispoziția, tristețea, mîni nu provin decît din creier. Prin el noi gîndim, înțelegem, vedem, auzim, cunoaștem uritul și frumosul, răul și binele, agreabilul și dezagreabilul. Prin el noi sîntem nebuni, delirăm, datorită lui credințele sau teroarea ne ajută fie noaptea, fie după începutul zilei”. În școala lui sînt descrise frenia (delirul acut febril), mania, melancolia, boala „sacri” (epilepsia), delirul alcoolic, isteria. El este cel care integrează nebunia într-un sistem unitar de patologie organică, fiind (alături de Democrit) întemeietorul concepției materialist-vulgare a medicinei,

a psihiatriei. Hipocrate s-a apropiat de boala psihică din perspectiva medicului generalist, inițind un tratament spiritual al maladiilor psihice. Ideile lui Hipocrate sînt continuate de Herophye și Erasistrat, în perioada alexandrină, ei posedind chiar unele cunoștințe de neurofiziologie.

Perioada greco-romană, ai cărei principali reprezentanți au fost : Asclepiade, Celsius, Aretin, Saranus, Caelius, Aurelianus, Galien, aduce idei noi, bazate și pe cunoașterea anatomiei și fiziologiei nervoase, care permite o cunoaștere „biologică” a bolii mintale : astfel, Asclepiade din Bitinia separa mania și melancolia de delirurile febrile, dezvoltînd conceptul de „alienatio mentis”, referitor la afecțiunile psihice de intensitate psihotică. Celsius înlocuiește acest termen cu cel de „insania” — termen generic care includea trei tipuri de afecțiuni : frenezia (insania acută), melancolia și delirul halucinator — vesel sau trist. Din păcate, contribuțiile importante pe plan teoretic aduse de Celsius sînt umbrite de măsurile „terapeutice” recomandate de el, printre care figurau conținutul în lanțuri, pedeapsa corporală posturile severe etc. Aretiu din Capadocia, sesizează cu o finețe clinică deosebită, corelațiile somato-psihice din cadrul melancoliei, precum și apropierea dintre manie și melancolie, ca fiind două extreme ale aceluiași ax patologic (idee care va fi reluată și confirmată abia 18 secole mai tîrziu, de către KRAEPELIN). Tot el este cel care sesizează caracterul de aparență hiperproducție intelectuală a maniacilor. Deși din punct de vedere teoretic Caelius Aurelianus nu a avut o contribuție importantă în dezvoltarea conceptului de boală psihică, citarea numelui său este totuși necesară pentru eforturile pe care le-a făcut în vederea „umanizării” tratamentului bolnavilor psihici, pledînd pentru înlăturarea metodelor de conținere și violență. Cel care încheie această epocă este Galien din Pergam, care aduce importante date de fiziologie cerebrală, considerînd creierul „for” al inteligenței, cunoașterii, sentimentelor ; el diferențiază nebunia idopatică de cea „simpatică”, introducînd noțiunile de „morosis” (slăbiciune mentală) și „anoia” (demență).

Dacă ne-am oprit atît de mult asupra acestei perioade istorice este pentru că în ea s-a realizat un pas important spre cunoașterea omului de pe poziții care excludeau, dacă nu în totalitate, cel puțin în parte, intervenția supranaturalului, a divinității, în determinismul existenței omului în lume. Acest mod „materialist” de cunoaștere a omului s-a răsfrînt și în înțelegerea bolii psihice, scoasă de sub dominația autocratică

a divinității și adusă pe tărîmul determinismului biologic. Toate ideile noi ale acestei epoci sînt însă ulterior umbrite de fanatismul religios al Evului Mediu european : flăcările autodafé-urilor, rugurile ard nu numai opere de cultură sau de știință considerate eretice, ci și trupurile celor ce încercau negarea îndoctrinării mistico-religioase. Cunoașterea prin cercetare este interzisă, singura premisă este aceea oferită de doctrinele religioase care instaurau o supremație a supranaturalului, creînd un mediu propice dezvoltării superstițiilor, vrăjitoriei ; în acest context, apare o efervescență a delirurilor mistice, a demonopatiilor, a licantropiei. Revine concepția dominantă a gândirii primitive că nebunia nu este altceva decît o „posedare” a spiritului uman de către demoni (se schimbă numai denumirea demonilor — diavolul — în locul spiritelor trimise de zeii antici). Boala psihică devine fie pedeapsa pe care Dumnezeu o trimite supușilor săi, fie supremația diavolului. Oricum ar fi însă, cei atinși de nebunie sînt „purificați” prin arderea pe rug sau torturi fizice de o cruzime aproape de neimaginat. Deliranții — acești mari suferinzi — sînt tratați mai aspru chiar decît criminalii, provocînd repulsie, groază, fiind exilați în afara societății. Această concepție domină chiar și gîndirea medicală : AMBROISE PARÉ credea și el în originea supranaturală a nebuniei, iar FOUCAULT considera că bolnavul psihic este însăși întruchiparea diavolului.

Și în Țările Române obscurantismul religios este predominant, dar măsurile adoptate pentru vindecarea și purificarea sufletelor sînt incomparabil mai blînde decît în Europa de Vest : cei atinși de delir, de „boala copiilor”, bolnavii psihici, în general, sînt închiși, ca măsură de protecție a societății, în așezăminte situate pe lingă minăstiri. Tratamentul se reduce la slujbe și practici religioase, din care erau excluse cruzimea și violența. Deosebit de important de menționat este faptul că, în privilele voințelor muntean Matei Basarab, se menționează faptul că, pentru constatarea nebuniei, este necesară prezența unui medic, ceea ce înseamnă că se recunoștea originea „umană” a bolii psihice (și nu cea supranaturală) odată constatată boala de către medic, subiectul este izolat și supravegheat „pînă își va recăpăta rațiunea” — fapt ce implică recunoașterea reversibilității bolii psihice.

În Europa, la sfîrșitul secolului al XV-lea și în secolul al XVI-lea, se declanșează avalanșa ideilor renascentiste ; doctrinele religioase sînt definitiv învinse, concepția despre om și, paralel, despre boala psihică fiind complet revin-

zuite (ideile materialismului antic sint redescoperite). FELIX PLATER, PAOLO ZACCHIAS, THOMAS WILLIS caută să reconsidere boala psihică ca o maladie a creierului, încercând o delimitare după criterii psihologice a principalelor forme de tulburare mintală (FELIX PLATER considera patru mari entități : imbecilitatea, idioția, afecțiunile convulsive și apoplexia, și boli psihice propriu-zise, în care sint incluse frenezia, mania, melancolia, hipocondria și coriomania). Se fac tentative de readucere a maladiilor psihice pe teritoriul medicinei, considerându-se că acestea au o bază materială. Influența idailor lui BACON și DESCARTES, care introduc metoda observației fenomenelor, determină descoperiri importante în științele naturii, chimie, astronomie, descoperiri care se reflectă și în modul de tratare a conceptului de boală psihică. În secolul al XVIII-lea, conceptul de boală psihică începe să se contureze, prin identificarea alienației mintale și a fenomenelor psihopatologice cu suferința ființei umane, privită acum ca o unitate psihobiologică. MORGAGNI, BONET, VIEUSSENS orientează concepțiile medicale spre organic, spre materia vie. Sfirșitul secolului al XVIII-lea cunoaște o mare efervescență a ideilor de revoluționare și omul nu mai este considerat nici inger nici demon, așa încât boala psihică este o boală ca oricare alta, o suferință, rezultată din „pierderea libertății lăuntrice”. Pentru a fi clarificat conceptul de nebunie, va mai fi însă necesar aproape un secol, în care se va duce lupta „pentru a detrona, pe rând, dominația exclusivistă și mecanicistă a fiziologiei și psihologiei”. Dezvoltarea neurobiologiei, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, permite stabilirea unor limite între afecțiunile neurologice și psihice, nebunia fiind privită ca o dezorganizare a activității psihice normale, condiționată de un porces organic. Boala psihică devine o modificare a unității persoanei, o tulburare a relațiilor sale cu lumea.

În secolul al XX-lea s-a ajuns să se afirme că „despre boala psihică știm mai mult decit despre sănătatea mintală, deoarece ea reprezintă o realitate omenească denivelată și simplificată” (PAMFIL).

Boala psihică se definește, în general, în raport cu starea de sănătate psihică, interesând întreaga ființă umană, în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică și socială și ea afectează psihismul ca „multiplex”, ca un sistem structural, pe coordonatele biologice, sociale, culturale. Mult mai greu de sesizat față de bolile organice în care o plagă, o anomalie biochimică, de exemplu, este evidentă, palpa-

bilă, boala psihică constă totuși, în esență, în același fenomen de dezorganizare, care scoate ființa umană în afara limitelor sale, fenomen exteriorizat prin semne patologice care, inițial necunoscute, ulterior sistematizate, conduc la construirea unui eșafodaj nozologic. În psihiatria modernă, cauzalitatea și patogeneză au o valoare explicativă minoră, în încercarea de definire a bolii psihice, pentru că informațiile pe care le deținem, referitor la originea și declanșarea suferinței psihice, sint încă insuficiente. Înțelegerea bolii psihice implică înțelegerea persoanei ca ansamblu integrant de fenomene biologice-psihologice-sociale ; ea nu poate apărea decit în momentul în care se cristalizează conștiința libertății lăuntrice, conștiința individualității insului. Fundalul bolii psihice (ca de altfel și al normalității) este personalitatea, boala obiectivându-se prin „semne patologice” care constau dintr-un anume mod de existență, conduite, idei, credințe, în contrast flagrant cu cele ale comunității, și prin aceasta, bizare și incompreensibile. Deși în fond o dezorganizare, cu pierderea libertății interioare, boala psihică poate apărea ca o paradoxală organizare sau, mai bine spus, ca o reorganizare la un nivel inferior a psihismului, ea fiind „o boală a libertății și suferință a invenției, a descompunerii și malformației compensatoare”. Pentru H. EY, boala psihică are o dualitate structurală, fiind alcătuită din două aspecte complementare : un aspect negativ (destructurarea conștiinței) și un aspect pozitiv, compensator, de neoformație (delir, halucinații). Cantitatea de libertate a bolnavului psihic este mult mai mică decit a propriei sale existențe anterioare bolii. Expresia acestei lipse fundamentale de libertate se concretizează în desprinderea de real, incapacitatea de a discerne, invazia trăirilor înspăimântătoare.

Referitor la boala psihică nu se poate vorbi (sau nu se poate vorbi încă) de un substrat anatomo-patologic, nu se poate stabili o corelație certă și semnificativă între acest substrat și fenomenele psihopatologice ; o asemenea relație nu se stabilește direct, ci mediat. Specificitatea bolii psihice este dată de faptul că ea apare pe fundalul persoanei unice și originale, rezultatul interacțiunii dintre teren (persoană) și agentul patogen (traumă psihică) putînd prezenta o multitudine de aspecte, care determină o mare diversitate clinică a tulburărilor mintale, indiferent de natura lor psihotică, nevrotică, demențială. Specificitatea de manifestare a bolii psihice este dependentă de personalitatea premorbidă pe care s-a grefat afecțiunea și nucleul personalității va fi în mod specific modificat de boală, în funcție de caracteristicile premorbid-

dului: unele trăsături preexistente pot fi accentuate grotesc, calitatea personalității în sine poate fi modificată sau poate ajunge la o deteriorare a personalității. Prin boală, o personalitate se restructurează la un nivel anterior atins. Reacția pe care boala o declanșează este întotdeauna vectorizată de trăsăturile premorbide ale personalității. Personalitatea explică întreaga psihopatologie a psihogeniilor, pentru celelalte boli ea fiind factorul patoplastic care face comprehensibilă forma bolii, dar nu și conținutul său. În același timp, absolutizarea premorbidului conduce la impasuri majore în delimitarea conceptului de boală psihică, ce trebuie privită în dinamica interacțiunii dintre morbid și premorbid.

Evoluția conceptului de boală psihică a parcurs și continuă să parcurgă o traiectorie sinuoasă și, nu rareori, paradoxală, de la asimilarea tuturor reacțiilor de dezașaptare socială ca stare morbidă, până la negarea ei aproape totală (antipsihiatria) sau la afirmarea existenței unei boli unice.

Afecțiunile psihice constituie obiectul specific de studiu, tratament și prevenire al psihiatriei, beneficiind de o încadrare nozologică distinctă, deci de o fizionomie clinică, structură și evoluție proprie. Fără a fi entități anatomic-clinice propriu-zise, ci mai degrabă „forme de existență a conștiinței patologice” — cum spunea E. EY — bolile psihice includ: psihozele, caracterizate printr-un grad crescut al gravității simptomelor (idei delirante sau modificări extreme ale dispoziției afective) cu o determinantă fie endogenă fie psihogenă; nevrozele, caracterizate prin tulburări psihice de mai mică intensitate, care nu alterează nucleul personalității; demențele, care implică o profundă destructurare psihică; oligofreniile, ca formă de nedezvoltare intelectuală manifestată de la naștere. Criteriul evolutiv a condus la împărțirea bolilor psihice în: acute, în cazul reacțiilor patologice, episcadelor maniacale sau depresive majore, al episcadelor halucinator-delirante, al sindrocamelor confuzionale și cronice — afecțiuni care au, în mod spontan, un curs progresiv sau continuu, cu efect pe termen lung asupra întregului psihism: nevroze, psihoze, demențe. Psihopatiile sau structurile dizarmonice ale personalității ocupă un spațiu deosebit prin situarea lor la granița, greu delimitabilă, dintre normalitate și boală, dubla lor apartenență fiind comandată, dintr-un sens în celălalt, de stările de decompensare care pot apărea în echilibrul interior al subiectului. Tulburările psihice caracteristice vârstei (adoles-

cenței, climacteriului, senescenței fiziologice) ca și unui anumit fond somatic nu pot fi considerate nici cauze, nici boli, nici terenuri patologice propriu-zise. Ele constituie numai un corolar, o sinteză de etapă, a modificărilor aduse de vîrstă.

330. BOALĂ PSIHOGENĂ → PSIHOGENIE

331. BOALĂ ROZĂ — sin. ACRODINIE ; CHARDON^(B) boală ; ERITEM POLINEURO-PATIC ; SELTER-SWIFFTEER^(B) boală ;

TROFODERMATONEUROZĂ^{sin.} → ERITEM AUSTRALIAN.

332. BOALA SFÎNTULUI VALENTIN ● Una din denumirile medievale europene ale epilepsiei → EPILEPSIE.

333. BOALA SPASMEI ÎN FLEXIE — sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM — KRAMPF ; CRIZE ELCAIRE ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICA ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICA INFANTILA CU HIPSARITMIE ; GIBBS^(B) boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MYOCLONIC JERKS ; NICKKRÄMPFE ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP SALAAM^{sin.} → WEST^(S) sindrom.

334. BOALA TICURILOR — sin. MALADIA TICURILOR^{sin.} → GILLES de la TOURETTE^(B) boală.

335. BOAS-MATHIEU^(S) ^{sin.} sindrom → ACORIE.

336. BOBSULE^(M) Japonia — DCI Hidroxizin ● Tranchilizante, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazini/etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

337. BOCKER^(T) test ● Elaborat în 1961, testul își propune stabilirea gravității sindrocamelor de tranziție Wieck. Compus din 13 subteste, gradate în dificultate, testul permite o evaluare bimodală: scorul obținut și timpul necesar rezolvării. După rezultatul obținut, starea subiectului se poate încadra în trei trepte de gravitate.

338. **BODAMER[®]** *simptom* — sin. PROSOP-AGNOZIE ● Imposibilitatea de a recunoaște fizionomia unei persoane anterior cunoscute, în contact direct sau în fotografii. Prosopagnozia poate fi congenitală sau dobândită, situație în care această agnozie vizuală se asociază frecvent cu apraxie și afazii, având valoare de diagnostic în stările dementiale presenile.

339. **BOF^(M)** S.U.A. — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, ezbitate secundară curei NL, TDS ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

340. **BOGAERT^(B)** *boală* — sin. ATROFIE PALIDALĂ PROGRESIVĂ ; ATROFIE PALIDOSUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ ● Face parte din grupul bolilor degenerative ; se datorește atrofiei globului palid și a corpului Luys. Evoluează pe axul rigiditate, mișcări involuntare, tulburări vegetative, regresie mintală.

341. **BOGAERT-NISSEN^(S)** *sindrom* ● Formă tardivă a leucodistrofiei familiale progresive, al cărui debut se situează după vîrsta de 30 de ani, cu modificări ale sferei afective. Se instalează ulterior para- și tetraplegie, sindrom piramidal și pseudobulbar, lentoare a reactivității pupilare. Deteriorarea intelectuală este progresivă și rapidă. Anatomopatologic se observă demielinizare sistemică cu distrugerea axonilor.

342. **BOGAERT-SCHERER-EPSTEIN^(M)** *boală* ● Afecțiune legată de deficiența catabolismului lipidic (lipoidoză colesterinică), care conduce la depunerea de colesterină în substanța albă, în special a cerebelului. Ataxia cerebeloasă este însoțită de plan psihic de întirzierea dezvoltării mintale în grade diferite, putînd atinge imbecilitatea.

343. **BOGĂȚIE^(B)** *delir* ● Convingere delirantă puternică pe care o are subiectul, impene-trabilă la argumente logice și la proba obiectivă a realității, că deține averi fabuloase, despre care vorbește cu oricine și pe care le împarte cu dărnicie. Face parte din delirul de grandoare și se desfășoară pe un fond de euforie. Se întîl-nește în sindroamele maniacale, formele expansive ale delirurilor cronice, psihozele de in-voluție și PGP, unde de altfel constituie trăsă-tura distinctă, luînd forme maxime → DELIR.

344. **BOHMIN^(M)** Japonia — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperaz-ină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

345. **BOICIL^(M), BOICIL FORTE^(M)** ● Medicament original românesc, conținînd extract selectiv de *Helleborus* species, cu acțiune antalgică și miorelaxantă, indicat în algiile, migrene, nevralgii. Contraindicat în sarcină.

346. **BOISVERT^(B)** *boală* ● Polinevrită alcoolică, în care predomină tulburările senzi-tive, manifestate în special prin durere spon-tană și la compresiune, dar cu tulburări mo-torii minime (FEIGHIN). Termenul a fost astăzi aproape abandonat.

347. **BOLI INFECȚIOASE GENERALE** — *tulburări psihice* ● Manifestări psihice poli-morfe, care apar înaintea, în timpul sau după evoluția unei simptomatologii infecțioase gene-rale, cu etiologie virală sau microbiană, avînd un tablou umoral și o expresie paraclinică specifice. Este adevărat că progresele înregistrate de antibioterapie, ca și de tehnicile de terapie intensivă au redus mult incidența, durata și amploarea tulburărilor psihice din cursul unor afecțiuni infecțioase, care, în alte epoci, dă-minau patologia colectivităților umane, prin aspectul lor clinic complex și implicațiile epi-de-miologice.

Astăzi, psihiatrul vine în contact cu formele mai ușoare ale unor manifestări psihice (de obicei, de intensitate nevrotică), la nivelul ambulatoriului și mult mai rar, cu acelea grave, de tip confuzional, în spitale.

Deșigur, mecanismele etiopatogenice exacte sînt încă insuficient elucidate, dar se presupune o afectare difuză generală, nespecifică a siste-mului nervos central. Investigațiile paraclinice, examenle de laborator aduc date prețioase în sprijinul etiologiei sindromului infecțios de bază și în eliminarea altor circumstanțe pato-logice.

Evoluția manifestărilor clinice se află într-o relație directă cu cea a bolii infecțioase gene-rale, depinzînd de precocitatea instituirii și de corectitudinea tratamentului în care psihotro-pele reprezintă numai un adjuvant.

348. **BOLI NEUROLOGICE** — *tulburări psihice asociate* ● Categorie variată și nespeci-fică de manifestări psihice, care apar la debutul afecțiunii neurologice (cînd sînt posibile erori

Tulburări psihice în boli infecțioase generale

Forme clinice	Semne psihice	Diagnostic diferențial	Semne generale	Investigații paraclinice și examene de laborator
1	2	3	4	5
GRIPA	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom depresiv ; ● sindrom neurastenic ; ● sindrom confuzional ; la bătrini și copii ; ● psihoză schizofreniformă. 	<ul style="list-style-type: none"> ● neurastenie ; ● sindrom psiho-organic acut, în cadrul altei infecții generale sau a SNC ; ● tumori cerebrale ; ● schizofrenie (debut) 	<ul style="list-style-type: none"> ● febră ; ● semne respiratorii : catar rinofaringian, tuse ; ● curbatură, inapetență ; ● ± semne neurologice : nevralgii, cefalee, hemiplegii, afazie, crize convulsive. 	<ul style="list-style-type: none"> ● radiologic : infiltrat interstițial de durată scurtă (zile) ; ● în sînge : creșterea titrului de anticorpi specifici de cel puțin 4 ori, în interval de 2 săptămîni ; ● examenul sputei : izolarea virusului.
PNEUMONII ACUTE	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom neurastenic (forme ușoare) ; ● delir febril și sindrom confuzional (forme grave). 	<ul style="list-style-type: none"> ● neurastenie ; ● sindrom psiho-organic acut, de diferite alte etiologii ; ● delirium tremens 	<ul style="list-style-type: none"> ● frison ; ● febră ; ● dureri toracice ; ● tuse ; ● stetacustic : semne de condensare pulmonară. 	<ul style="list-style-type: none"> ● radiologic : opacitate segmentară sau lobară (etiologie microbiană) și de tip interstițial (etiologie virotică) ; ● leucocitoză cu polinucleoză (microbiană) ; ● VSH crescut ; ● examenul sputei : numeroase polinucleare ± floră microbiană.

TUBERCULOZA	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom confuzo-oniric (cel mai frecvent) ● sindrom depresiv melancoliciform § ● sindrom maniacal (mai rar) § ● sindrom paranoid nesistemizat § ● sindrom catatonie § ● acte impulsive, cu implicații medico-legale (fugi, suicid) § ● sindrom neurastenic. 	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom psiho-organic acut, de alte etiologii § ● delirium tremens § ● PMD § ● schizofrenie § ● raptusuri ale dizarmonicilor 	<ul style="list-style-type: none"> ● stări subfebrile prelungite, transpirații § ● inapetență, scădere în greutate § ● alterarea stării generale § ● tuse iritativă, apoi cu expectorație § ● raluri umede stetacustic. 	<ul style="list-style-type: none"> ● rdiografie pulmonară ne-caracteristică § ● bronhoscopia exploratorie § ● examene nespecifice de laborator, cu valoare redus § hemoleucogramă și VSH modificate ne semnificativ § ● IDR și PPD — are valoare diagnostică maximă § ● culturi, inoculare la cobai.
HEPATITA ACUTĂ VIRALĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom neurastenic (la debut și în convalescență); ● sindrom depresiv persistent § ● tulburări de conștiință, în grade variabile (până la comă). 	<ul style="list-style-type: none"> ● neurastenie § ● depresie și echivalențe depresive ; ● sindrom psiho-organic acut, de alte etiologii 	<ul style="list-style-type: none"> ● icter § ● inapetență, grețuri, jenă în hipocodrul drept § ● urini hiperchrome, fecale decolorate, febră inițial § ● ficat mărit, sensibil. 	<ul style="list-style-type: none"> ● explorări nespecifice : bilirubinemie serică predominant conjugată, TGP și fosfatază alcalină crescută § în urină, pigmenți biliari și urobilinogen crescut ; ● teste imunologice specifice AgHB, AcHB.
REUMATISMUL ARTICULAR ACUT	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom confuzo-oniric, comă § ● psihoze schizofreniforme § ● sindrom neurastenic. 	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom psiho-organic cronic, de alte etiologii § ● schizofrenie § ● depresie și echivalențe depresive § ● neurastenie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● polialtralii § ● coree § ● nodul subcutanat § ● eritem marginal § ● cardită § ● febră § ● artralгии. 	<ul style="list-style-type: none"> ● VSH § ● leucocitoză § ● proteina reactivă pozitivă § ● fibrinogen crescut.

Tulburări psihice în boli neurologice

Forme clinice	Semne psihice	Diagnostic diferențial	Semne generale	Investigații paraclinice și examene de laborator
1	2	3	4	5
BOALA PARKINSON	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom depresiv ; ● stări psihopatoide ; ● sindrom demential. 	<ul style="list-style-type: none"> ● nevroze ; ● PMD ; ● tremor senil ● delirium tremens ; ● demențe de alte cauze ; ● eredoataxii spinocerebeloase. 	<ul style="list-style-type: none"> ● tremurături ; ● rigiditate musculară ; ● akinezie ; ● ROT exagerate ; ● sialoree ; ● seboree. 	<ul style="list-style-type: none"> ● LCR : nespecific ; ● EEG : unde teta difuze ; ● PEG : atrofie corticală predominant frontală ; ● EMG : tremorul — descărcări ritmice urmate de intervale libere ; rigiditate, silențiu electric.
COREE CRONICĂ HUNTINGTON	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom depresiv melancoliciform ; ● sindrom neurastenic ; ● stări psihopatoide explozive ; ● psihoze schizofreniforme ; ● demență progresivă ; ● sindrom confuzo-oniric sau stări crepusculare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● neurastenii ; ● dizarmonii de personalitate ; ● PMD ; ● demențe de altă cauză ; ● sindrom psiho-organic acut, de etiologii diverse. 	<ul style="list-style-type: none"> ● mișcări coreice ; ● ataxie ; ● tremurături parkinsoniene ; ● distonie, hipotonie, crize convulsive. 	<ul style="list-style-type: none"> ● LCR : aminoacizii : serină, cisteină, metionină — crescuți ; ● acid glutamic și piruvic — scăzuți ; ● EEG : unde beta și teta crescute ca incidență ; ● PEG : lărgirea ventriculilor laterali, atrofie corticală difuză.
EREDOATAXIE SPINALĂ FRIEDRICH	<ul style="list-style-type: none"> ● deficit intelectual de tip oligofrenic/demential caracter familial. 	<ul style="list-style-type: none"> ● oligofrenii ; ● demențe de alte etiologii ; ● neuroleues ; ● boala Wilson ; ● scleroză multiplă. ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● ataxie ; ● pareze distale pină la paraplegie ; ● tulburări de sensibilitate tactilă și profundă ; ● ROT abolite ; ● dizartrie ; ● atrofii musculare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● LCR : proteinorahie discretă, cu globuline, semnificativ crescut ; ● EMG : viteza de conducere a nervului diminuată ; ● examen radiologic : cifoscolioză, deformări ale scheletului membrelor inferioare.

**SCLEROZA
MULTIPLA
(LEUCONEVRA-
XITA)**

- tulburări afective : depresie reactivă, euforie, lăbilitate emoțională excesivă ;
- tulburări de personalitate : retragere în sine, susceptibilitate, fenomene isterice ;
- tulburări de tip demential, pe un fond de euforie năvingă ;
- tulburări psihotice, mai rare și mascate de celelalte simptome.

- PMD ;
- isterie ;
- tumori cerebrale ;
- neuroleues.

- sindrom piramidal : parapareză spastică, hipertonie ;
- sindrom cerebelos : tremurături intenționale accentuate ;
- sindrom vestibular : nistagmus, vertij.

- alfa și gamaglobuline serice crescute în pusee ;
- examenul fundului de ochi : decolorarea bitemporală a papilelor optice și periflebita retiniană ;
- examenul LCR : hiperproteinorahie discretă cu hipergamaglobulinorahie și pleiocitoză ; RTW negativ, reacția cu benzoecoloidul pozitivă, deviația spre dreapta, creșterea semnificativă a IgG ;
- EEG – modificări nespecifice.

**HIDROCEFALIE
CU PRESIUNE
NORMALĂ**

- diminuarea globală a memoriei precoce până la sindrom Korsakov ;
- depresie ;
- sărăcire psihică ;
- sindrom catatonic în forme avansate.

- sindrom demential de altă cauză ;
- schizofrenie tardivă ;
- depresie de involuție.

- apraxia mersului (caracteristic)
- parapareză spastică ;
- incontinență urinară ;
- nistagmus ;
- reflex de sugere ;
- grasping.

- teste psihometrice semnificative pentru deteriorare ;
- examen FO : absența edemului papilar ;
- EEG : cu unde tetasi delta necharacteristice ;
- LCR : presiune normală sau chiar scăzută ; constituenți normali.

**BOALA JAKOB-
CREUTZFELD**

- sindrom neurastenic anxios (la debut) ;
- sindrom paranoid ;
- sindrom demential.

- demențe presenile ;
- coree Huntington ;
- boala Wilson ;
- epilepsie ;
- accidente vasculare cerebrale ;
- episoade psihotice acute.

- neuropareze, paralizii de nervi cranieni ;
- sindrom extrapiramidal ;
- amiotrofii ;
- abolirea unor reflexe profunde ;
- sindrom cerebelos.

- teste psihometrice semnificative pentru deteriorare ;
- EEG : hipovoltat, cu descărcări paroxistice de unde lente și virfuri bi- sau trifazice ;
- LCR : rar hiperproteinorahie și excepțional pleiocitoză ;
- PEG : atrofie corticală și hidrocefalie ventriculară latentă.

de diagnostic, psihiatrul etichetind ca primare unele semne: ce sînt doar simptomatice, sau descoperind prea tîrziu organicitatea „unei psihogenii sau endogenii”) și care evoluează spre un sindrom demențial.

Diagnosticul pozitiv este posibil, cu ajutorul unei corecte recunoașteri a semnelor neurologice și al investigațiilor paraclinice și de laborator, dar este confirmat, din păcate de evoluția deteriorativă.

Este de necontestat influența pe care o au, în cursul desfășurării procesului morbid, atît factorii organici cerebrali, cit și cei psihologici, care nuanțează decompensări nevrotice, cel mai des reactive. Astfel, statutul de invaliditate și dependență al subiectului față de anturaj, prin sechelele neurologice și regresie în mediul spitalicesc, accentuează, de cele mai multe ori, un tablou depresiv anxios, care face și mai dificilă adaptarea subiectului la mediu și la propria boală.

În afara unor succese terapeutice înregistrate în ultimii ani în boala Parkinson (antico-linergice, L-Dopa etc.), în leucodistrofiă (corticoterapie, anticorpi, rujeolici etc.) sau în hidrocefalia cu presiune normală (intervenția oportună neurochirurgicală), în cazul celorlalte afecțiuni neurologice nu se poate vorbi de o influență terapeutică în sens pozitiv.

349. BOLI CU PATOGENEZA METABOLICĂ — *tulburări psihice* ● Întîlnirea psihiatrului, în spital sau ambulator, cu bolnavi suferinzi de afecțiuni în a căror patogeneză sînt implicate perturbări la nivelul deferitelor verigi metabolice, nu este tocmai rară. Tulburările psihice se caracterizează prin nespecificitate și un mare polimorfism, ca expresie a afectării globale a celulei nervoase, a nivelului primar și, în același timp, fundamental al metabolismului energetic și/sau hidroelectrolitic, ce asigură funcționalitatea sistemului nervos central. Încă o caracteristică esențială: reversibilitatea modificărilor psihice, pe măsura corectării tulburării metabolice.

Etiopatogenia acestor tulburări psihice rezidă în modul cel mai direct în disfuncția metabolică a celulei, în perturbarea delicatelor sisteme enzimatice sau blocarea neurotransmițătorilor. În cazul cînd organismul se află în pericol vital (marile insuficiențe organice), sînt implicate mecanisme de tip toxic, care blochează principalele verigi componente ale ciclului Krebs. Afectări metabolice cum sînt: diabetul zaharat, hiperinsulinismul, insuficiența respiratorie, insuficiența pancreatică, hepatică, renală, tulburări hidro-electrolitice, porfirie acută și boala Wilson (degenerescența hepato-lenticulară) de-

termină manifestări psihice evoluînd pe fundalul bolii de bază, în care investigațiile paraclinice și examenul de laborator aduc o contribuție importantă în diagnostic. Pentru principalele aspecte clinice, psihice și generale ale acestor afecțiuni, vezi tabelul.

350. BOLLACK^s semn ● Element care permite, chiar și în absența examenului oftalmologic pozitiv, punerea în evidență a stazei papilare; este caracterizat prin crize pasagere de întunecare a vederii (posibilă și cecitate tranzitorie), ce pot surveni de mai multe ori pe zi, explicate prin creșterea paroxistică a tensiunii intracraniene sau spasme ale sistemului vascular retinian. Cunoașterea lui este utilă în diagnosticul diferențial al funcționalului care, în cazul de față, poate fi... „mai puțin funcțional“.

351. BOLNAV PSIHIC PERICULOS ● Bolnav a cărui stare este acut și brusc tulburată, astfel încît pune în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie și a altora, valori materiale sau tulbură repetat și grav condițiile de muncă și de viață în familie și societate, impunînd medicului, anturajului și autorităților măsuri deosebite. H. EY împarte stările de pericolozitate ale bolnavului psihic în: reacții autoagresive (automutilări, tentative de sinucidere, sinucidere); reacții heteroagresive directe (răni, lovituri, atentat la bunele moravuri, furturi, calomnii, incendii, tentative de omor, omucidere); reacții heteroagresive indirecte (neglijențe în comportament, accidente de muncă și daune economice consecutive). Aceste stări pot apărea îndeosebi în psihoze, demențe, oligofrenii, epilepsie, toxicomanii. Asistența acestor bolnavi are caracter de urgență, tratamentul medical fiind obligatoriu. Legislația privind asistența bolnavilor psihici periculoși reglementează condițiile tratamentului, al cărui scop este „înlăturarea tulburărilor intervenite în starea bolnavilor, în vederea îmbunătățirii capacității de adaptare psihosocială a acestora“. Prevederile legislației au și valoare profilactică, împiedicînd bolnavul psihic periculos să comită acte antisociale, care ar necesita evaluarea discernămintului și eventuale măsuri de siguranță prevăzute în Codul Penal. Tratamentul obligatoriu este ambulator sau în spital și se decide de către o comisie de trei medici psihiatri pe baza examinării subiectului și a unor documente care să ateste pericolozitatea comportamentului acestuia. Propunerea pentru acest tratament, efectuată în scris de către anturaj, confirmată de medicul dispensarului teritorial de medicină generală și de psihiatrul din policlinică și corelată cu ancheta socială,

Tulburări psihice cu patogeneza metabolică

Forme clinice	Manifestări psihice	Diagnostic diferențial	Semne generale	Investigații paraclinice și examen de laborator
1	2	3	4	5
DIABET ZAHARAT	<ul style="list-style-type: none"> ● dezvoltări nevrotice, hipochondriace ? ● tulburări de comportament ? ● tulburări de dinamică sexuală ? ● sindrom psiho-organic cronic, pe fondul vascular modificat, cu acutizări sub forma tulburărilor progresive ale conștiinței, pînă la stadiul de comă diabetică (acidocetozică, hiperosmolară, necetozică, hiperglicemică). 	<ul style="list-style-type: none"> ● oligofrenie ; ● demențe presenile ; ● nevroze ; ● isterie ? ● epilepsie ; ● tumori cerebrale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● polidipsie ? ● poliurie ? ● polifagie ? ● complicații neurologice : neuropatia periferică (simetrică/asimetrică), radiculopatia, neuropatia, autonomă viscerală, craniană și retinopatia, mielopatia amiotrofică ? ● accidente cardiovasculare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hiperglicemie à jeun (eventual, provocată) ? ● glicozurie.
HIPERINSULINISM (adenom pancreatic)	<ul style="list-style-type: none"> ● accese paroxistice : cefalee, anxietate, tremurături ; ● accese benigne : apatie, astenie, anxietate, depresie ? ● accese grave : manifestări de tip isteric, agitație de tip maniacal, hipererotism, acte medico-legale, tulburări schizoforme și epileptiforme ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● nevroze anxioase, depresive ; ● isterie ; ● schizofrenie ; ● manie ? ● demențe ; ● epilepsie ; ● tumori cerebrale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● forme minore : senzație de foame imperioasă, tahicardie, slăbiciune. ● semne majore (neuroglicozurie cerebrală) : stupoare pînă la comă (în 50% din cazuri), spasme clonice și/sau tonice reflexe vii, Babinski pozitiv bilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hipoglicemie à jeun 50 mg %.

Tabel nr. XXXII (continuare)

1	2	3	4	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● intercritic somnolență, hipopropsexie, hipomnezie, bradipsihie, incoerență, agresivitate, disforie, confuzie mintală. 			
INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate intensă, depresie/euforie; ● iritabilitate, irascibilitate; ● tulburări de atenție și memorie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● nevroze; ● isterie; ● PMD; ● psihosindrom organic (infecțios, toxic, tumoral etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ● semne neurologice: cefalee, flapping tremor, mioclonii, ROT vii, crize epileptice (rar); ● dispnee, cianoză. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hipercapmie și hipoxie; ● probe ventilatorii modificate în funcție de etiologie.
INSUFICIENȚĂ PANCREATICĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● agitație psihomotorie intensă amintind de delirium tremens; ● halucinații (frecvent); ● anxietate; ● sindrom confuzional, onirism. 	<ul style="list-style-type: none"> ● alcoolism acut; ● sindrom psihoorganic de diferite etiologii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● semnele pancreatitei acute: durere abdominală în bară, febră ± șoc, tulburări digestive (după un prinz bogat); ● semne neurologice: tremurături, mioclonii, Babinski pozitiv. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hiperamilazemie; ● amilazurie; ● hiperlipazemie; ● hiperleucocitoză ± hiperglicemie; ● hipocalcemie.
INSUFICIENȚĂ RENALĂ: ACUTĂ CRONICĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● agitație psihomotorie; ● halucinații; ● sindrom confuzooniric (uree 1g %₁₀₀); ● sindrom maniacal; ● stupoare. ● sindrom neuroastenic 	<ul style="list-style-type: none"> ● accidente vasculare cerebrale; ● PMD; ● alcoolism, alte toxicomanii; ● infecții ale sistemului nervos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări digestive. ● HTA, semne de insuficiență cardiacă; ● anemie, sindrom hemoragipar; ● prurit, edeme; ● flapping tremor, mioclonii, convulsii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● valori crescute ale creatininei, ureei; ● hiponatriemie, hiperkaliemie, hipocalcemie; ● acidoză.

<p>INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ ; ACUTĂ</p> <p>CRONICĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări de conștiință (sopor-comă), sindrom confuzo-oniric. ● sindroame confuzionale tranzitorii, pe fond de deteriorare intelectuală. 	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom psihoorganic de alte etiologii. ● neurastenie ; ● dizarmonici astenici, psihastenici. 	<ul style="list-style-type: none"> ● icter ± șoc ; ● flapping tremor, crize convulsive ; ● tremurături ; ● tulburări de tonus ; ● semne extrapiramidale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hiperbilirubinemie ; ● hiperamoniemie ; ● TGP crescută ; ● timp Quick crescut ; ● BSP scăzut.
<p>TULBURĂRI HI- DROELECTROLI- TICE (DESHI- DRATARE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom neurastenic ; ● diferite grade de tulburare a conștiinței (sopor-comă). 	<ul style="list-style-type: none"> ● schizofrenie ; ● depresie melancolicomă ; ● demențe ; ● orice sindrom psihoorganic/ acut/cronic. 	<ul style="list-style-type: none"> ● semne de deshidratare cutanată ± șoc ; ● sete intensă ; ● scădere în greutate ; ● mioclonii, convulsii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hiperosmolaritate plasmatică ; ● creșterea concentrației electroliților extracelulari.
<p>PORFIRIA ACUTĂ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● iritabilitate, criză de plîns, anxietate, insomnii ; ● stări depresive și anxioase hipocondriace ; ● sindrom confuzional ; ● sindrom oneiroid. 	<ul style="list-style-type: none"> ● nevroze ; ● sindrom psihoorganic de alte etiologii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări digestive ? durere abdominală acută, greață, vomă, constipație severă ; ● neuropatie periferică de tip flasc : areflexie, amiotrofie acută, parestezii sau dureri musculare violente (uneori, semnele neurologice sînt absente sau tardive). 	<p>creșterea în urină a porfobilinogenului și a acidului alfa-aminolevulinic.</p>
<p>DEGENERES- CENȚA HEPATO- LENTICULARĂ (BOALA WILSON)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom neurastenic ; ● modificări afective dominante ; ● rareori, episoade delirante ; ● regresie intelectuală. 	<ul style="list-style-type: none"> ● neurastenie ; ● PMD ; ● demențe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● hepatosplenomegalie ; ● tulburări neurologice : sindrom extrapiramidal, flapping, hipomimie, dizartrie, disfagie, crize jacksoniene, hemiplegie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● aminoacidurie ; ● glicozurie, proteinurie ; ● cupremie sanguină și ceruleo-plasmină serică scăzută ; ● examen oftalmologic : inel cornean Kayser-Fleischer ; ● biopsie hepatică.

se înaintează Consiliului Popular spre avizare. Modificarea sau încetarea acestui tratament este hotărâtă de aceeași comisie care l-a instituit. Hotărârea comisiei medicale poate fi contestată la judecătoria în a cărei rază teritorială se află unitatea sanitară unde funcționează această comisie, iar legalitatea hotărârilor comisiei este verificată periodic de Procuratură.

352. **BOLVIDON^(M)** Anglia — DCI *Mianserin* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzo/c,f/-pirazin/1,2-a/azepină, indicat în depresii de orice formă și intensitate, cu mențiunea că, în cele nevrotice, poate apărea, în primele zile, somnolența. Prudență la vîrstnici și în epilepsie. Nu are antidot cunoscut și important pentru intoxicații de diferite etiologii.

353. **BOMBARDA Miguel-Augusto** (1851—1910) ● Psihiatru portughez, originar din Brazilia. Își susține teza referitoare la delirul de persecuție. A fost profesor al Universității din Lisabona, președinte al Societății medicale portugheze, fondator al celei mai cunoscute reviste medicale portugheze „Journal de Médecine contemporaine”. Adept al teoriei organiciste în psihiatrie, publică numeroase lucrări, dintre care cităm: „Neuronul și viața psihică”, „Emisferele cerebrale și funcțiile psihice”, „Conștiința și liberul-arbitru”. Moare asasinat de un bolnav psihic, în spitalul care îi va purta numele.

354. **BONADETTES^(M)** S.U.A. — DCI *Me-*
BONADOXIN^(M) Japonia *ciozină* ●
BONAMINE^(M) Japonia Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

355. **BONAPARTE Marie** (1882—1962) ● A avut un rol important în cadrul mișcării psihanalitice franceze, fiind o discipolă fidelă a lui FREUD și intervenind decisiv în două momente grele: salvarea Editurii vieneze „Psychoanalytischer Verlag”, prin resursele materiale proprii, și, în 1938, salvarea lui FREUD și facilitarea ajungerii sale în Anglia, după anexarea Austriei. A finanțat la Londra editarea operelor complete ale lui FREUD, în 1939. A tradus o serie de lucrări ale lui FREUD și este autoarea unor lucrări psihanalitice: „La symbolique des Totems” (1927), „Edgar Allan Poe, sa vie, son oeuvre” (1933), în care face o analiză literară subliniind rolul fantasmelor sadice și necrofi-

lice ale lui Poe în creația scriitorului. În „À propos de l'analyse d'une jeune fille orpheline de mère”, se găsesc multiple rezonanțe autobiografice, mama autarei murind la o lună după nașterea ei. „Monologues devant la mort” și „De la sexualité de la femme”, apărută în 1951, sînt alte două lucrări care probează orientarea psihanalitică a autarei.

356. **BONAPENE^(M)** S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

357. **BONARE^(M)** Mexic — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

358. **BONHOEFFER Karl** (1868—1948) ● Psihiatru german, cu deschidere către psihiatria organică. Student și apoi colaborator al lui WERNICKE, publică prima lucrare în 1897: „Une contribution à la localisation de mouvements choréiques”. În anul următor, susține teza cu o lucrare privind stările delirante ale alcoolicilor. În 1903, este profesor la Königsberg, în 1905 — la Heidelberg, iar între 1907—1937, este profesor la Charité, la Berlin. Este preocupat de patologia de graniță, neurologiei, psihiatrie și de alcoolism (delirium tremens, psihoza Korsakov). Constată și afirmă că tulburările psihice apărute în cursul intoxicațiilor și infecțiilor prezintă aceleași caractere semiologice, numite de el „sindroame exogene acute” („exogene psychische Reaktionstypen”), ce au drept trăsătură comună alterarea stării de conștiință. Lucrările sale cele mai importante sînt: „Psihoze simptomatice ce însoțesc afecțiunile acute somatice” și „Tipuri de reacție exogenă”.

359. **BONHOEFFER** — *epilepsie reactivă* — sin. BRATZ-LEUBUSCHER^(S) sindrom; EPILEPSIE AFECTIVĂ; LEUBUSCHER — sin. epilepsie → BRATZ^(S) sindrom.

360. **BONHOEFFER^(S) sindrom** ● Prodrom psihic al bolilor infecțioase, manifestat printr-o serie de simptome ca: hiperestezie, hipncnie de fixare, irascibilitate, labilitate

afectivă, anxietate, tulburări de somn. Așa cum arăta în 1910 autorul, aceste tulburări reprezintă un mod de reacție nespecific, în raport cu agentul patogen.

361. **BONINE^(M)** S.U.Ă. — DCI *Meclozînă* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metil-benzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

362. **BÖNISCH^(*)** test ● Test proiectiv din clinica neuropsihiatrică infantilă, în care subiectului i se cere să termine o povestire începută de psihiatrul examinator.

363. **BONNET Charles (1720—1783)** ● Naturalist și filozof elvețian, dezvoltă o surprinzătoare teză cu privire la transformarea senzațiilor, deosebit de apropiată de conceptul cibernetic al neuro-informației. „Mișcările creierului sînt un fel de desene naturale ale ideilor care le provoacă, datorită unui fluid a cărui elasticitate și subtilitate se apropie de acelea ale luminii și eterului. Gradul de forță și vivacitate cu care se operează această reproducere este proporțional cu intensitatea mișcărilor comunicate de obiect, cu frecvența reproducerilor și cu structura fibrelor” („*Essai de psychologie*”, 1754). De asemenea, merită a fi menționată observația făcută în 1760, cu privire la eidoliile halucinozice ale bunicului său, reluată de **MORSIER**.

364. **BONNET^(S)** *sindrom* ● Sindrom halucinator, caracterizat prin apariția de halucinații vizuale, cărora subiectul le recunoaște natura iluzorie (halucinoze). Sindromul a fost descris de G. de **MORSIER**, care a propus ca sindromul să poarte numele celebrului naturalist și filozof elvețian, Charles **BONNET**, care a descris, în 1760, cazul bunicului său de 89 de ani, care suferă de eidolii halucinozice și apoi propriul caz, **BONNET** fiind atins de aceeași boală. Pentru autor, halucinațiile nu se leagă direct de existența unor leziuni periferice, ci mai degrabă de cea a unora centrale, și apar la bătrîni. Alți autori arată frecvența destul de ridicată a leziunilor periferice, în cazurile care prezintă această tulburare perceptivă.

365. **BONNET-DECHAUME-BLANC^(S)** *sindrom* — sin. **ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ** ● Descrie în 1937, constă în numeroase anomalii vasculare ale țesutului nervos (mezencefal, retină), exoftalmie și intîrziere mentală gravă. Prognostic nefavorabil.

366. **BONNET-MORSIER^(S)** *sindrom* ● Complex halucinator în care predomină halucinații vizuale → **MORSIER^(S)** *sindrom*.

367. **BONNET-STEIN^(*)** test ● Probă de personalitate de tip proiectiv (bazată pe tehnica completării de fraze), elaborată de **BONNET** și **STEIN**, larg utilizată în pedopsihiatrie. Constă în solicitarea de a completa în scris, în funcție de ceea ce sugerează, o serie de fraze începute, prezentate grafic într-o anumită succesiune. Testul pune în evidență caracteristici ale personalității subiectului examinat: tendințe și conflicte intrapsihice, preocupări dominante și aspirații, particularități comportamentale.

368. **BONNEVIE-ULRICH^(S)** *sindrom* ● Descrie în 1949, cauzat de o aberație cromozomială, se manifestă clinic prin malformații asemănătoare sindromului Turner, la care se asociază frecvent o debilitate mentală.

369. **BONNIER^(S)** *sindrom* ● Caracterizat prin vertij paroxistic, hemiplegie contralaterală, afonie, disfagie. Semnalat în fazele terminale ale demențelor, acest sindrom este consecutiv leziunilor de nucleu ale nervilor cranieni acustico-vestibular, glosofaringian și vag.

370. **BONOMIE** (fr. *bonhomie*) ● Termen utilizat mai mult în vorbirea curentă, cu referire la un complex de însușiri (blîndețe, simplitate, amabilitate, indulgență sau îngăduință față de semenii, sollicitudine, credulitate etc.) tipice omului blajin, cumsecade, cu o timie pozitivă și o atitudine comprehensivă față de ceilalți. Tendința de a crede cu ușurință orice sau de a se încrede cu ușurință, în oricine presupune o imaturitate a atitudinilor, a capacităților de apreciere și poate, în subsidiar, o dorință de a fi iubit.

371. **BONSTAN^(M)** Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, peti mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

372. **BONTID**^(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină-amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

373. **BONTON**^(M) Israel — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

374. **BONTRIL**^(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent ^{sin.} → **BONTID**^(M) S.U.A.

375. **BONUMIN**^(M) Finlanda — DCI *Amfetramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, iar cu cele anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp, poate genera farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

376. **BORDER-LINE** (engl. *border-line* „de graniță”) ● Termen care, după dicționarul limbii engleze are următoarele semnificații: ceea ce este la limită, în apropierea unui hotar; la mijloc, intermediar; diferit de medie, de obișnuit; căpătând o valoare marginală. Provenit din literatura anglo-saxonă, cuvântul și-a croit drum și și-a căpătat în ultimul deceniu o bogată și, în același timp, controversată notorietate în lumea psihiatrică, fiind folosit ca atribut al unor sindroame sau entități nozologice: sindrom border-line; caracter border-line de personalitate; schizofrenie border-line — boala maniaco-depresivă border-line; depresia border-line etc. Într-o accepțiune mai veche, părăsită astăzi, termenul era folosit referitor la întârzierea mentală ușoară (QI = 71—84). Autorii de limbă franceză (BERGERET) propun termenul de „caz limită” sau „organizări limită ale personalității”, în care se încadrează personalitățile situate între structura nevrotică și cea psihotică. Concepția lui BERGERET, de orientare psihanalitică, explică această încadrare prin oprirea dezvoltării libidinale sub efectul unui traumatism survenit în perioada anală care împiedică Eul să se confrunte cu problematica oedipiană. Consecutiv, copilul intră într-o pseudolatență precoce, care duce la o structurare libidinală și caracterială instabilă. Cazurile limită bazate pe această structurare libidinală comportă o relație de obiect de

tip analitic. Subiecții par hiperactivi și uneori hiperadaptați, dar acesta este rezultatul unui comportament excesiv de seducție, cu scopul de a evita depresia, consecutiv unei nevci excesive de afecțiune. Termenul este folosit pentru prima dată de HUGUES (1844), sub forma sinonimului său cel mai cunoscut „STAREA LIMITĂ”, iar STERN (1938) îl introduce în nozografie, denumindu-l border-line. Prima definiție (suigeneris) a stărilor limită pare că aparține lui TH. SYDENHAM (1682), care vorbește de subiectul pentru care „totul e capriciu fără motiv”. „Nu numai nevrotică și încă nu destul de psihotică, ci undeva la marginea lor” (GROVES, 1981), starea border-line este clasificată astăzi ca tulburare de personalitate (DSM III), ceea ce nu presupune identificarea cu personalitatea psihopatică. Reunind trăiri polimorfe din clasa nevrozelor cu oscilații de tipul „decompensării” psihopatiei, intersectate de episoade psihotice acute depresive, confuzive sau schizoforme, personalitatea border-line — caracterizată printr-o „structură fără structură”, consecutivă deficienței fundamentale a Ego-ului — constituie un concept controversat, dată fiind complexitatea sa, și greu definitibil, prin caracterul amorf al tulburărilor pe care caută să le definească.

GUNDERSON, SINGER (1975) reunesc sub denumirea de border-line o mare diversitate de forme clinice de schizofrenie, ele însele cu un statut nozografic incert, precum și alte tulburări: schizofrenia „ambulatorie”, „latentă”, „abortivă”, „pseudopsihopatică”, „ocultă” sau „borderland”, „pseudonevrotică”, „subclinică”, „preschizofrenia”, „caracterul” schizofrenic și cel psihotic, sindromul, starea sau personalitatea border-line la care s-ar putea adăuga tulburările din „spectrul schizofreniei”.

În accepțiunea Institutului de neurologie și psihiatrie din București (L. ALEXANDRESCU și A. NIȚURAD, 1980), noțiunea de border-line este definită ca: „maladie psihică cu evoluție cronică ondulantă, fără tendințe la deteriorare și fără remisiuni complete, spontane sau terapeutice, cu simptomatologie polimorfă mixtă, predominant nevrotiformă și cu posibile decompensări psihotice tranzitorii reactive cvasi-specifice; trăită penibil de către subiect și conducând la dificultăți importante în adaptarea complexă la mediu”. Fiind vorba de „stări de graniță”, „marginale”, de tablouri clinice nespecifice, imposibil de încadrat în tiparele nozologiei clasice, apar justificate diferențele, chiar atunci când ne referim la clasificarea internațională OMS a bolilor (ICD-9) sau la americanul DSM II (manual diagnostic și statistic al bolilor psihice, 1968). De abia varianta din 1980 a

acestui manual (DSM III) aduce precizări care caută să definească științific noțiunea de border-line sub forma tulburării schizotipale de personalitate și a tulburării border-line de personalitate. Datele epidemiologice nu pot fi luate în considerare, datorită inexistenței practice a unui punct de vedere comun privitor la circumscrierea simptomatologică, evoluția și tratamentul acestui sindrom. Criteriile de diagnostic au constituit obiectul eforturilor mai multor psihiatri sau colective de psihiatri, care au încercat să grupeze în mod semnificativ toate coordonatele ce definesc bolnavul border-line. Acestea ar fi, după MODEST (1980) citat de manualul amintit, următoarele :

- posibilitatea oricărei combinații de simptome nevrotice, psihosomatice, psihopatică, psihotice, în grade și intensități diferite §
- necesitatea unui număr sporit de examinări ale aceluiași subiect, ca și a unui timp crescut acordat acestuia §
- impulsivitatea (trecerea rapidă la act) este trăsătura de bază în comportamentul subiectului border-line, aceasta facilitând relații sexuale instabile sau chiar perverse, acte autogresive, consum de droguri, alcool §
- capacitatea redusă de realizare a relațiilor interpersonale, prin absența unui răspuns emoțional sincer, autentic (subiecții nu posedă facultatea de a integra într-o unică imagine calitățile și defectele inerente naturii umane, văzându-i pe semenii sau buni sau răi, datorită fenomenului de „splitting”, de scindare afectivă §
- respingerea inserției în realitate, în tot ceea ce înseamnă adaptarea la locul de muncă sau în fața unor situații de zi cu zi §
- intercalarea unor episoade psihotice cu caracter tranzitor, în condiții de stres, fără a se organiza într-un tablou schizofren propriu-zis, cu predominanța tulburărilor de conștiință §
- absența deteriorării de-a lungul existenței bolnavului border-line §
- prezența caracterului de regresie profundă (pacientul pare mai psihotic, mai grav bolnav, mai deteriorat, reîntors la unul din stadiile inferioare ale personalității) §
- starea de tensiune afectivă : minie (ostilitate, disforie) senzație de gol afectiv, anhedonie, anestezie psihică dureroasă §
- tulburarea scopului identității de sine : absența unui scop în viață, trăiri de derealizare, depersonalizare §

- răspuns normal la testele psihologice de apreciere a inteligenței (de exemplu, Waiss) și de tip „psihotic” la testele proiective (TAT, Szondi, Rorschach).

Dorind să fie și mai precis în punerea diagnosticului, DSM III, care introduce tulburarea de personalitate de tip border-line ca o entitate distinctă, precizează următoarele criterii de diagnostic :

- impulsivitate sau imprevizibilitate în cel puțin două domenii cu potențial distructiv — pierderea de vreme, cheltuiala banilor, sexualitate excesivă, jocuri de noroc, abuz de alcool, de droguri, furturi mărunte din magazine, supraalimentație, acte fizice de autovătămare §
- un model de relații interpersonale instabile și intense: marcate modificări de atitudine, idealizare, autodeprecieri, manipularea altor persoane (folosirea altora în realizarea propriilor scopuri) §
- furie intensă și nestăpinită : frecvente „crize de furie” de „temper tantrums”), minie constantă §
- tulburări de identitate, manifestate prin incertitudine asupra citorva elemente care o definesc, cum ar fi : imaginea de sine, identitatea de sex, scopurile propuse pe termen lung — alegerea profesiei, a tipurilor de prieteni, sistemul de valori, credințe (exemplu : „cine sînt eu?”, „cînd sînt bun, simt că sînt sora mea”) ;
- instabilitatea afectivă : variații importante de la dispoziția normală la depresie, iritabilitate sau anxietate, durînd obișnuit cîteva ore și numai rareori cîteva zile, cu revenire la normal §
- intoleranță la normal §
- intoleranță la singurătate : eforturi disperate pentru a evita singurătatea § subiectul este depresiv atunci cînd este singur §
- acte autoagresive : gesturi suicidare, automutilări (lovituri etc.), accidente și încercări periodice §
- sentimente cronice de deșertăciune și plictiseală.

Acestor elemente li se adaugă frecvent trăsături aparținînd altor tulburări de personalitate, îndeosebi de tip schizotipal, histrionic, narcisic, antisocial.

Patogeneza și psihopatologie. Teoriile psihopatologice ale stării border-line se bazează pe modelul psihanalitic, în care originea tulburării s-ar afla într-un defect înnăscut sau în frustrații materne (anaclice) din primul an de viață (KERNBERG), în excluderea copilului din cîmpul afectiv al cuplului parental, extrem

de rigid, sau într-o relație simbolică, dependentă, sado-masochistă a mamei față de copil (GUNDERSON, KERR, ENGLUND), în nerealizarea procesului de separație-individuație din primii trei ani de viață, printr-un comportament traumatizant al mamei (MASTERSON, MAHLER). Se admite implicarea diferențiată a fiecăruia dintre acești factori, de la caz la caz. Consecința ar fi perturbarea cristalizării armonioase a Egoului, implicând un „defect fundamental” al acestuia (BALINT), personalitatea „ca și cum” („as if” — H. DEUTCH), „falsul-self” (WINNICOTT). Esența tulburării ar consta într-un defect al Egoului de a stabili o bună relație obiectuală și imagine de sine, defect generator de angoasă și subiectul mobilizează împotriva acestei angoase mecanisme arhaice infantile de apărare și din acest punct de vedere, personalitatea border-line utilizează mijloacele unui copil de 3 ani. Mecanismul defensiv cel mai important al pacientului „limită” este clivajul („splitting”), ce constă în existența unui mod maniheist (propriu perioadelor infantile) de a împărți imaginile lumii înconjurătoare doar în „rău și bun”, de a simplifica astfel relația obiectuală și de a o face mai puțin anxiogenă și sensul acestui mecanism este acela de a evita contaminarea sau distrugerea „obiectului bun” de către cel „rău”. Egoul rămâne și el clivat în două sectoare, subiectul trecind direct de la ură la iubire și invers. Trecerea de la un pol la altul are loc prin „acting-out”, ca o descărcare pulsională colorată afectiv, conform sensului tranziției și nu există, în acest moment nici o critică, actul însuși fiind un mijloc de gratificare. Experiența de viață a subiectului nu are nici o influență corectoare, clivajul fiind de fapt o apărare activă împotriva unei angoase extreme, proprii subiectului, care-l poate determina la un moment dat să perceapă însușirile negative ale unui obiect, ca periculoase. Clivajul determină inadapțarea subiectului la lumea exterioară, trăită în interiorul self-ului ca estompare a diferențelor dintre categorii opuse (masculin-feminin, iubire-ură, bine-rău). În plan energetic clivajul determină insuficiența prin necesitatea — ce absoarbe energia subiectului — de a menține, într-o manieră artificială, separarea maniheistică a lumii și a obiectelor; de aici, propensiunea spre stările caracteristice de gol, vid, plictis, depresie. Clivajul privește nu numai obiectul, ci și imaginea de sine (KOHUT), care este una regresivă, fără raport cu realitatea, modificată prin intermediul idealizării primitive, mecanism de apărare comple-

mentar clivajului. Acest mecanism apără Egoul de imperfecțiunea reală obiectuală sau chiar a imaginii despre sine, care ar fi anxiogenă și destructurată. Soluția este fie o idealizare a acestora, cu atât mai mare și mai nerealistă cu cât ele sînt mai imperfecte, mai inconvenabile, fie chiar respingerea denigratoare a obiectului anterior idealizat, discreditat și devalorizat în prezent. Fenomenul se întâlnește frecvent în clinică prin modificări atitudinale bruște ale bolnavilor, care idolatrizează fanatic și caricatural (prin asociația clivaj-idealizare primitivă) persoane și situații anodine sau anterior negate. În același mod este percepută și imaginea de sine, în care există un sector clivat-idealizat, golit de orice imperfecțiune, care transgresează în relația perfectă, ideală cu obiectul idealizat, de unde rezultă o permanentă consolidare reciprocă, echilibrată, a idealizării Egoului și obiectului.

Identificarea proiectivă (M. KLEIN) rezultă din necesitatea externalizării imaginii inconștiente a Egoului sau obiectului care, interiorizată, ar fi anxiogenă și ar „amenința” imaginile idealizate, pe care subiectul trebuie să le mențină, în mod activ, clivate. Clivajul-idealizarea-identificarea realizează un cerc vicios în verigile relaționale (cu obiectul sau cu Eul), în care subiectul își pierde treptat identitatea, alternind între obiectul idealizat și cel ostil. În acest din urmă caz, identificarea proiectivă își realizează efectul defensiv maxim, subiectul preluind reversibil asupra sa o parte din ostilitatea investită inițial în obiectul (persoana) ostil(ă), pentru a-și asigura reciprocitatea, echilibrul în cadrul relației oricum incomode (și deci angoasante) cu acesta. Acest cerc vicios cu cele trei verigi defensive ale sale, constituie sursa psihozei de transfer, ce apare la acești subiecți (MARCELLI). Negarea constă în îndepărtarea unei experiențe, relații sau obiect, incompatibile cu starea la un moment dat a subiectului. Un obiect anterior respins ca „rău”, reconsiderat în prezent (prin idealizare primitivă), va fi imaginat numai din perspectiva actuală, imaginea negativă precedentă fiind total uitată, ignorată, refulată. În cursul terapiei, rememorarea imaginii inițiale va provoca o stare de disconfort, sesizabilă de către terapeut, iar subiectul o va nega vehement, pentru a reuși ignorarea ei, ca și a ambivalenței sale, greu tolerabile în prezent. Omnipotența și devalorizarea sînt consecința idealizării și, respectiv, a identificării. Supraevaluarea narcisică face subiectul să se considere omnipotent și omniscient, ca și obiectul pe care l-a idealizat primitiv și care devine astfel securizant. Devalorizarea

ar fi, după KERNBERG (care descrie aceste cinci mecanisme defensive), reversul negativ al idealizării primitive. Ar putea totuși decurge din identificarea proiectivă, pentru că ea constă în minimalizarea obiectelor (persoanelor) identificate ca negative.

Deși ipoteza psihanalitică se validează, în cazul stărilor border-line, ea nu poate fi însă suficientă. Limitele modelului clinic al acestui concept teoretic sînt date de seturi de simptome și comportamente aparținînd celorlalte tipuri nozologice, viziunea teoretică ce le înglobează necesitînd, în consecință, un coeficient mare de generalitate, pe care această ipoteză îl are. Reversul negativ este discutabil, ca o tendință de a explica perfect o tulburare clinică atît de proteiformă. Tentativele de a fixa stările border-line în nozologia psihiatrică în curs țîn cont, în mod vizibil de două direcții: una funcțională, care vizează caracterul, organizarea border-line a personalității pe axa nevroză-psihoză, și una fenomenologică (în sensul unei forme mai ușoare de boală: schizofrenie border-line, PMD border-line, depresie border-line). Se pare că ultimii ani au impus din ce în ce mai mult două categorii de border-line: schizofrenic și psihopat, acreditînd convingerea, exprimată de majoritatea autorilor, că este vorba de un deficit dobîndit de dezvoltare a personalității și evidențierea tulburărilor de tip border-line la copii și adolescenți este pusă încă sub semnul incertitudinii, dar este deosebit de utilă în studiul psihodinamic.

Manifestări clinice. Lista simptomelor înțilnite în stările border-line cuprinde aproape toată semiologia psihiatrică (exceptînd simptomele deteriorative). KERNBERG, KNIGHT, GRINKER, MARCELLI descriu un cortegiu de simptome de apartenență:

- nevrotică (fobii multiple și schimbătoare, obsesii, conversiuni isterice multiple, ce pot atinge intensitatea stărilor crepusculare, cu amnezii sau fugi, simptome hipocondriace, somatizări);
- depresivă („depresia limită” Bergeret este lipsită de întîrziere psihomotorie, chiar cînd este intensă și este însoțită de trăirea disforică a unei dezadaptări atît la mediu, cît și la propriile experiențe; lipsește culpabilitatea, dar este prezentă senzația de vid interior);
- psihopatică (instabilitate profesională, succesiune de relații sexuale inițial idealizate, apoi brusc rupte și, mai tîrziu, regretate, accese de violență, fugi întempestive, conduite sexuale impulsive,

haotice, expresie a unor treceri impulsive la act). KERNBERG le caracterizează prin contrastul afectiv ce le însoțește: inițial, subiectul le resimte chiar ca o satisfacție pulsională, apoi le regretă, le critică, dar perseverează în a le repeta în alte situații. Este o formă tipică de exteriorizare a clivajului și pot apărea, de asemenea, dependențe la droguri, alcoolul și, foarte frecvent, conduite sexuale deviate, caracterizate însă prin absența unui „scenariu pervers” și prin conduite imprevizibile, a căror regulă este variabilitatea partenerului;

- psihotică (episoade confuzionale, schizoforme, atacuri de anxietate, tentative suicidare, deseori efectuate cu o aparentă indiferență, cu mare risc vital, — caracterizate prin variabilitatea mare a tablourilor de la o zi la alta. În astfel de acutizări, apar tablouri superpozabile personalității schizotipale (DSM III) sau schizofreniei „limită” (ICD-8). Nici unul dintre aceste tablouri nu este patognomic în sine pacientului border-line, numai inventarierea la același pacient a mai multor simptome și tablouri clinice ca acelea de mai sus permițînd diagnosticul.

Tratament. Se va urmări realizarea unei relații terapeutice suplă, reunind prescripția medicamentoasă cu psihoterapia, asistența de zi cu spitalizarea, atunci cînd apar episoade psihotice sau riscul suicidar. Terapeutul trebuie să știe să manipuleze tensiunile pacientului și nevroza de transfer, iminența trecerii la act, să colaboreze la nevoie cu specialiștii în boli somatice, asistența socială și cu psihologul. Medicația antidepresivă rămîne puțin efecă, efectul fiind mai mult datorat trăirii fantasmatică legate de ingestia orală a medicamentului și persoanei care o prescrie, decît efectului farmacologic însuși. Sărurile de litiu, dozele reduse de neuroleptice incisive (Majeptil, Stelazin, Pimozid-Orap) pot fi utile. Unii autori recomandă ca persoana care prescrie medicația să fie diferită de psihoterapeut. Cura terapeutică depinde de natura și intensitatea simptomelor, această cură fiind dificilă datorită complexității mecanismelor defensive la personalitatea border-line.

Contratransferul trebuie atent controlat, reacțiile terapeutului, trăirile și fantezmele sale în relația cu fiecare pacient sînt indicii pentru continuarea sau stagnarea terapiei. Identificarea proiectivă intraterapeutică a su-

biectulă și contraidentificarea concordantă (RACKER) sau complementară (KERNBERG) a analistului au rolul principal. Riscul maxim în evoluția terapeutică este dezvoltarea unei psihoze de transfer, cu tendință spre acting-out, sau o identificare proiectivă excesivă, ce pot fi evitate prin amenajarea unui cadru limitat riguros, pentru ca fenomenele de acting să nu devină destructurante, sau prin spitalizare, atunci când relația este amenințată de o fuziune regresivă (KERNBERG). Prognosticul stărilor border-line este deteriorarea relațiilor sociale și marginalizarea socială a subiectului, ce mărește suferința acestuia, realizând în final o conturare mai clară a dizarmoniei sale.

377. BOREL-MAISONNYY⁽⁷⁾ test ● Probă de limbaj destinată copiilor de vîrstă mică (de la 1 la 5 ani), elaborată de BOREL și MAISONNYY. Pune în evidență nivelul de inteligență (prin precizarea nivelurilor de înțelegere și utilizare a limbajului de către copii) și eventualele tulburări de limbaj. Baby-testul include 13 imagini în culori, reprezentînd obiecte simple de manipulat, pe care copilul trebuie să le denumească, indicînd cu degetul și descriînd și elementele pe care acestea le conțin.

378. BORELLI Gian Alfonso (1608—1697) ● Fiziolog italian, care, în 1671, în lucrarea „De motu animalium”, emite ipoteza chimică a transmiterii influxului nervos.

379. BORKIS R. Markovna (1902—1984) ● Medic, doctor în științe pedagogice (1953 — „Particularitățile dezvoltării verbale la copii cu deranjamente ale analizatorului auditiv”), profesor și membru corespondent al Academiei de științe pedagogice din U.R.S.S. Este cunoscută prin cele peste 100 de lucrări în domeniile surdo-pedagogiei, logopediei și psihologiei deficienților fizici și intelectuali.

380. BORNSTAJN Mavrițin (1874—1952) ● Psihiatru polonez, format în clinica lui KRAEPELIN. A fost, din 1945, profesor de psihopatologie la Lodz. A avut o orientare psihanalitică și a descris o formă hipocondriacă a schizofreniei.

381. BORNSTEIN⁽⁸⁾ sindrom ● Definit printr-o criză epileptică parțială de tip Rolandic, localizată la nivelul limbii, însoțită de deviația conjugată a capului și ochiului și de halucinații auditive. Poate fi întilnită și sub denumirea de triada simptomatică Bornstein.

382. BORREMENS von BOGAERT⁽⁸⁾ sindrom ● Formă tardivă de idiotie amaurotică descrisă de cei doi autori în 1937. Debutul bolii se înscrie în deceniul al patrulea al vieții, iar evoluția acesteia este progresivă și ireversibilă către deces, care intervine între 35—65 de ani. Este cunoscută și sub numele de formă presenilă a idiotismului amaurotic.

383. BORTALIUM^(M) Grecia — DCI Diazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

384. BOSTROEM^(B) boală ● Formă de manie confuzivă, descrisă de A. BOSTROEM, în 1926, și caracterizată printr-un debut în care disoluția conștiinței și confuzia sînt pe prim plan, pentru a fi ulterior înlocuite de un sindrom maniacal tipic. De remarcă că o serie de factori exogeni par implicați deseori în patogeniza acestei stări psihotice, fără însă ca faptul să capete realitate în afara endogenității.

385. BOT SCHIZOFREN ● Contractia mușchilor orbiculari ai buzelor, întilnită inițial în forma catatonică a schizofreniei, ulterior și ca urmare a impregnării neuroleptice. Conduce la ușoară proiecție a buzelor în afară, realizînd un aspect caracteristic, asemănător cu botul de pește.

386. BOTCARO^(S) sindrom →. DIDE-BOTCARO^(S) sindrom.

387. BOTKIN — fenomen ● Fenomen care realizează un „mixtum compositum” între agnozia auditivă și hiperacuzie. Sunetele puternice, vorbirea cu voce tare, sînt insuportabile pentru subiect, care nu mai înțelege sensul cuvintelor. Denumirea a fost propusă, în 1982, de psihiatri sovietici LISITIN și ARHANGHESKI. A fost descris în timpul unor epidemii de tifos exantematic (1868).

388. BOTTARD Marguerite (1822—1903) ● Cea mai fidelă caracterizare a sa este cea făcută de Jacques POSTEL: „Supranumită „Botto” sau „Madame Bottard”, este menționată în istoria psihiatriei ca „decanul infirmierelor laice din lumea întreagă”, omagiindu-se astfel întregul personal anonim, cărui revine dificila sarcină de îngrijire a bolnavilor

psihici. La nici 19 ani, ea este angajată infirmieră la Salpêtrière de către TRÉLAT — tatăl, lucrând în serviciul lui FALRET, LEGRAND du SAULLE, CHARCOT, RAYMOND; mai mult de 60 de ani a îngrijit bolnavi psihici. Când a împlinit 50 de ani de activitate, PEYRON — directorul asistenței publice — a organizat, ca omagiu, în amfiteatrul de la Salpêtrière, o „sărbătoare laică“, arătând importanța laicizării personalului medical. BOURNEVILLE consideră că Madame Bottard a fost cea mai importantă propagandistă a acestei laicizări. În 1898 îi este decernată Legiunea de onoare.

389. **BOTULISM** ● Toxiinfecție alimentară produsă de toxina bacilului botulinic, conținută în conserve alimentare (germeni anaerobi) fie de carne, fie de vegetale, consumate reci (toxina este distrusă la 100°C). Pătrunsă pe cale orală, toxina determină tulburări digestive minime, comparativ cu alte toxiinfecții alimentare, în schimb afectează transmiterea influxului nervos la nivelul plăcii motorii, producând paralizii diverse, ce ating inițial nervii cranieni. Se pot constata: ptoză palpebrală, strabism, paralizie facială, tulburări secretorii și motorii laringo-faringiene, cu dificultăți de deglutiție, paralizia vălului palatin și uscăciunea intensă a zonei oro-faringiene. Manifestările psihice sînt de tip delirant-confuziv. Evoluția poate fi letală pentru aproximativ 50% din cazuri, prin paralizii progresive, respiratorii și cardiace.

390. **BOUDOUREȘQUE**⁽⁸⁾ *sindrom* ● Formă particulară a polinevritei alcoolice, delimitată și descrisă de cel care i-a dat numele. Prezintă următoarele elemente definitorii: algiile nocturne cu localizare plantară și la nivelul halucelui, anoxie și cianoză regiunii algice → POLINEVRITĂ ALCOOLICĂ.

391. **BOURDEL LeŃne** (1907—1966) ● Psiholog francez, doctor în litere și filozofie. Conșază 25 de ani de activitate încercării de a stabili corelații între tipuri de personalitate și grupa sanguină; nu reușește și are meritul de a recunoaște acest fapt. Considerăm utilă această mențiune și în sensul celor afirmate de noi la BIOTIP, TIPOLOGIE. A fost, din 1952, secretara Institutului Național de Orientare profesională din Franța.

392. **BOURDON**⁽²⁾ *test* ● Conceput, în 1895, de psihologul francez care i-a dat numele, reprezintă primul test de investigare a concentrării atenției (i se cere subiectului

să bareze anumite litere dintr-un text). Este semnificativ în surmenaj, depresie, deteriorări (postprocesuale, organice, cerebrale).

393. **BOURNEVILLE**⁽⁹⁾ *boală* — sin. BOURNEVILLE-PRINGLE⁽¹⁰⁾ *boală*; BOURNEVILLE-PRINGLE-HARTDEGEN⁽¹¹⁾ *boală*; EPILOIA SCHERLOCH; FACOMATOZA BOURNEVILLE-VAN DER HOEVE; SCLEROZĂ TUBEROASĂ ●. Inclusă în cadrul bolilor ereditare și familiale de tip displazid neuro-ectomezodermică, a fost descrisă inițial de BOURNEVILLE, în 1880, iar tabloul clinic a fost completat de PRINGLE (stigmatete dermatologice), HARTDEGEN (noduli cerebrali), VAN DER HOEVE (facomatoza retinei), BALZER (adenomame sebacee pe traiecul trigemenului), KOENEN (tumorele periungchiale). Elementele definitorii ale maladiei sînt reprezentate de epilepsie, oligofrenie, stigmatete neurdermatologice. Prognostic nefavorabil.

394. **BOURNEVILLE Désiré-Magloire** (1840—1909) ● Specialist francez în neuropsihiatria infantilă, intern la Salpêtrière, apoi asistent al lui CHARCOT, viue, în 1879, la Bicêtre, unde organizează o secție pentru copii (oligofreni și epileptici). A fost preocupat mai ales de epilepsie, isterie, idiotia mixedematoasă, anatomopatologia sistemului nervos central, el fiind cel care a descris pentru prima oară scleroza cerebrală tuberoasă, boală ce-i poartă numele. Iși leagă numele și de acțiunile ca reorganizarea asistenței medicale pentru copiii bolnavi psihic incurabil, înființarea coloniilor de alienați, revizuirea legislației azilelor și încadrarea lor cu personal medical.

395. **BOVARISM** ● Termen introdus în circulație de J. de GAUTIER, cu referire directă la personajul principal, Emma Bovary din romanul lui Flaubert. Caracterizarea tipologică extraordinară realizată de autor a făcut ca numele eroinei să fie preluat, prin Génil PERRIN, ca termen de psihiatrie. El desemnează o „constelație psihologică“ (ROELENS) ridicolă și, în același timp, patetică, creată din insatisfacții și compensații de ordin fictiv, romanesc, sentimental, din aspirații și ambiții deopotrivă legitime și zadarnice. Structurată nevrotic, acest tip de personalitate manifestă dezgust față de realitate adîncindu-se ca reacție de apărare, în visare și imaginar, din care își împrumută masca (MOREL). Destinul personajului literar este tragic: sinuciderea. Aceasta nu este decît un alibi existențial. Compensația imaginativă, nevoia excesivă de afecțiune, capriciu, intole-

ranța la frustrare, sint tot atitea trăsături „bovariene”, care apropie bovarismul de structura isterică. DELAY descrie, în 1954, bovarismul la unii creatori, fapt care nu poate surprinde, fiindcă însuși G. Flaubert declarase



Emma Bovary – Anonim

o dată: „Madame Bovary c'est moi”. Frecvența bovarismului este mult mai mare în patologia nevrotică și, în special, isterică, pentru care insatisfacția și imaginația compensatoare sint elemente definitorii.

396. **BOXOGETTEN**^(M) R.F.G. — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-nor-pseudo-fedrine, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

397. **B.P.R.S.** (*Brief Psychiatric Rating Scale*) ● Scală de apreciere imaginată de OVERHALL și GORNAM (1962), care permite, datorită numărului redus de itemi (18), să fie folosită cu ușurință în aprecierea simptomatologiei psihiatrice, în special în depresii. HAMILTON (1972) o consideră însă foarte deficitară față de scala „mamă” I.M.P.S. (75 de itemi), din care este derivată.

398. **BRAȘCU** Ștefan (1895—1965) ● Psihiatru, medic primar (1933), remarcat prin felul în care a organizat unitățile de ergoterapie exterioară ale Spitalului „Gh. Marinescu” Bălăceanca, Plevna.

399. **BRACHET** Jean-Louis (1789—1858) ● La terminarea internatului, BRACHET îl însoțește pe Napoleon pe insula Elba și în 1820, este la Lyon pentru ca, din 1824 până în 1858, să fie profesor al Școlii de medicină din Paris. Este preocupat, în mod deosebit, de problemele de graniță din domeniul neurologiei (principala sa lucrare: „Funcționarea sistemului nervos ganglional și implicațiile în patologie”) și al psihiatriei, fiind interesat de studiul isteriei și al hipocondrii, maladii ce fac obiectul unui amplu tratat, în 1844. Opiniile sale vor juca un rol important în contextul psihiatric al secolului al XX-lea. Potrivit concepției sale, hipocondria ar apare ca urmare a tulburărilor sistemului nervos central și vegetativ, în timp ce isteria ar fi o afecțiune convulsivantă periferică (avind la origine tulburări în funcționalitatea nervului pneumogastric (plex solar și, de aici, uter), de unde și propunerile privind tratamentul isteriei, care sint de fapt, o interpretare pe măsura posibilităților de înțelegere ale epocii sale.

400. **BRACHIALGIE PARESTEZICĂ NOCTURNĂ** (cf. gr. *bracheos* „scurt” și *algos* „durere”) ● Sindrom întilnit mai frecvent la femei în perioada menopauzei, prezent în clinica psihiatrică, dar nu totdeauna corect diagnosticat și adesea neglijat, deși este inventariat cu larghețe la capitolul cenestopatiilor. Elementele definitorii sint: mici defecte de percepție, dureri de amplitudine variabilă cu caracter scîitor, prezente nocturn și la trezire, dar cu dispariție relativ facilă la mișcare. Apariția sindromului s-ar explica prin tracțiunea pasivă generată de hiperlaxitatea articulară din timpul somnului, la care ar concura și osteocondrozele coloanei, tulburări de circulație periferică, artrite, polinevrite periferice și unele tulburări de ordin metabolice.

401. **BRACHIBAZIE** (cf. gr. *bracheos* și *basis* „acțiunea de a merge”) ● Tulburare a automatismului mersului, fiind unul dintre elementele sindromului pseudobulbar. Se exprimă clinic prin mers ezitant, cu pași mici, și dificultăți atât în ridicarea piciorului, cit și în plasarea sa în fața celuiilalt.

402. **BRADI-** (cf. gr. *bradys* „incet, lent”) ● Element de compunere, exprimînd semnificația de rar, lent.

403. **BRADIARTRIE** (cf. *bradi-*; gr. *arthron* „a pronunța deslușit”) ● Tulburare de limbaj constând în încetinirea articularii cuvintelor realizând o vorbire lentă și monotonă. În psihiatrie se întâlnește în impregnarea neuroleptică având un caracter pasager, caracterizând de obicei leziunile extrapiramidale.
404. **BRADIBAZIE** (cf. *bradi-*; gr. *basis* „acțiunea de a merge”) ● Tulburare locomotorie, constând în mersul încetinit, expresie, de cele mai multe ori, a unei cauze organice: miastenii, polinevrită; în psihiatrie poate fi întâlnită în isterie, nu ridică probleme deosebite pentru diagnosticul diferențial.
405. **BRADIESTEZIE** (cf. *bradi-*; gr. *aisthesis* „percepere”) ● Tulburare a percepției senzoriale, caracterizată printr-o încetinire a procesului de integrare a stimulilor. Apare în stări confuzionale, melancolie, diferite intoxicații, farmacodependență, psihoze senile.
406. **BRADIFAZIE** (cf. *bradi-*; gr. *phasis* „cuvînt, afirmație”) ● Formă extremă a bradilaliei. Se întâlnește în melancolie, stări reactive, demențe, oligofrenii etc. → **BRADILALIE**.
407. **BRADIFEMIE** (cf. *bradi-*; gr. *pheme* „revelație, mesaj”) ● Tulburare de tip formal a expresiei verbale, afectînd ritmul vorbirii și constînd din încetinirea acesteia, ca manifestare a lentorii, inhibiției, defectualității psihice — a bradipsihiei. Se observă în stări demențiale, debilitate mintală, epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, stări depresive, intoxicație cronică cu barbiturice.
408. **BRADIFRENIE** (cf. *bradi-*; gr. *phren* „minte, spirit”) ● Încetinirea ritmului de desfășurare a întregii activități psihice interesate în elaborarea și realizarea unei conduite, determinînd o lentoare motorie. Apare în stări postcritice, postconfuzionale; acompaniază scăderea performanțelor psihice în depresii, intoxicații cronice, procese postmeningo-encefalitice.
409. **BRADIGLOSIE** (cf. *bradi-*; gr. *glossa* „limbă”) ● Dificultate de vorbire constînd, în special, în încetinirea ritmului ei, consecutivă unei tulburări de motilitate a limbii. Întilnită în demențe, stadii finale, prin afectarea nucleilor bulbari (IX, X, XII).
410. **BRADIKINEZIE** (cf. *bradi-*; gr. *kinesis* „mișcare”) — sin. **HIPOKINEZIE** ● Încetinire a ritmului și lentare a mișcărilor, dar fără sărăcire a activității motorii, care se desfășoară complet, dar lent (prin aceasta se deosebește de inhibiția motorie, care este o sărăcire, o pierdere a activității). Alături de **BRADILALIE** și **HIPOMIMIE**, se întâlnește în encefalitele de etiologie infecțioasă sau traumatică, în sindromul extrapiramidal organic sau postneuroleptic și caracterizează activitatea motorie a epilepticilor.
411. **BRADIKININĂ** → **PEPTIDE CEREBRALE**.
412. **BRADILALIE** (cf. *bradi-*; gr. *lalein* „a vorbi”) — sin. **BRADIARTRIE**, **BRADIFAZIE** ● Tulburare de ritm a vorbirii, caracterizată prin lentoarea pronunțării, articularii cuvintelor, expresie a unei lentorii ideative. Se întâlnește în oligofrenii, stări demențiale, schizofrenie, stări depresive, stări de epuizare, parkinsonism, epilepsie, cit și în evoluția unor afecțiuni somatice.
413. **BRADILEXIE** (cf. *bradi-*; gr. *lexis* „cuvînt, expresie”) ● Încetinire a ritmului cititului, avînd cauze multiple: organică, emoțională sau lipsa de instrucție corespunzătoare (care poate fi marcată de vîrstă sau poziție). În psihopatologie, se întâlnește în depresii, intelecte de limită, oligofrenii, involuție.
414. **BRADIOLOGIE** (cf. *bradi-*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Inițial, termenul a cuprins totalitatea tulburărilor de ritm ale comunicării, de etiologii diferite (mai corect, fără a se lua în considerare etiologia), ulterior apărînd termeni diferiți, care exprimă mai bine atît calitatea tulburărilor, cit și legătura etilogică. Devenit astfel inutil, termenul este utilizat din ce în ce mai rar.
415. **BRADIPRAGIE** (cf. *bradi-*; gr. *prassein* „a executa, a îndeplini”) — sin. **BRADIPRAXIE** ● Perturbare a activității în ansamblul ei. Termenul nu mai este utilizat, fiind înlocuit de sinonimul său.
416. **BRADIPSIHIE** (cf. *bradi-*; gr. *psyche* „spirit”) ● Lentoarea, încetinirea ritmului de desfășurare a tuturor proceselor psihice: la nivel ideativ, apare ca lentoare a ideatiei, scădere a fluxului ideativ, scădere a posibilităților de asociere, de reprezentare, scădere a numărului ideilor, asociate cu scăderea forței de reprezentare și imaginație; la nivelul proceselor mnestice, evocările devin dificile, confuze; pe plan afectiv, se înregistrează o diminuare importantă atît a tonusului, cit și a capacității de rezonanță și modulare;

pe planul activității motorii, apare bradikinezia. Încetinirea, lentoarea proceselor ideative se traduc printr-o exprimare verbală cu ritm lent — bradialie — cu dificultate de formulare a răspunsului și comprehensibilitate scăzută a întrebărilor. Forma cea mai caracteristică se găsește în tabloul clinic al afecțiunilor extrapiramidale (nucleii cenușii centrali, zona frontală a corpului Calos, sindroame parkinsoniene de diferite etiologii, intoxicații cu oxid de carbon — forme descrise de AJURIAGUERRA și ROUAULT de la VIGNE). Bradipsihia poate marca debutul stărilor confuzionale, persistând în cursul evoluției acestora și accentuându-se paralel cu creșterea pragurilor senzoriale și cu scăderea stării de vigilitate a conștiinței. Apare în tabloul clinic al sindromului psiho-organic cronic, în stări defectuale posttraumatice, hipotiroidie, hipocorticism. În depresia psihică, bradipsihia constă în „paralizia psihică”, incapacitate de comutare, modelare, scăderea rezonanței la evenimentele exterioare, rezultate ale cufundării subiectului în propria-i durere morală, care invadează întregul său psihism. În schizofrenie, bradipsihia poate apărea în formele hebefrenice, în stări defectuale. În oligofrenii și stări demențiale, bradipsihia este rezultatul sărăcirii psihismului.

417. BRAESCU Alexandru (1860—1917)

● Absolvent al facultății de medicină din Iași, se formează ca neurolog și psihiatru la Paris, aiături de CHARCOT, BRISSAUD, DÉJÉRINE, PIERRE MARIE, POTAINÉ, DUTIL, D'ARSONVAL. Interesat de organizarea spitalelor de psihiatrie, el studiază modul de funcționare a acestui tip de spital în Anglia, Scoția, Franța, Elveția, Belgia, Austria. Reintors în țară, în 1895, este numit profesor de patologie a bolilor mintale la facultatea de medicină din Iași. Doi ani mai târziu, folosindu-se de experiența acumulată în timpul călătoriilor de studii, întreprinde acțiuni decisive pentru construirea spitalului Socola, inaugurat la 12 octombrie 1905, al cărui director va rămâne până la moarte (renunțând chiar la activitatea didactică, pentru a se putea consacra în întregime conducerii acestui spital). În 1913 începe să manifeste primele semne ale unei stări depresive, la care se asociază idei de otrăvire, tendința la izolare. Participă voluntar ca medic în primul război mondial și moare la Iași, la 27 februarie 1917, în condiții neelucidate. Dintre ipotezele referitoare la sfârșitul său amintim tifosul exantematic și moartea violentă (omucidere, sinucidere?). Varianta sinu-

ciderii ar fi justificată de simptomatologia psihică pe care o prezentase în ultimii ani ai vieții.

Meritele sale sînt deosebit de elogios apreciate în scrisoarea profesorului C. I. PARHON, directorul spitalului după moartea lui BRAESCU, adresată Epitropiei spitalelor Sf. Spiridon din Iași, prin care solicită ridicarea unui bust în fața spitalului Socola „care este în cea mai mare parte opera doctorului BRAESCU — condiția în care acest ultim omagiu adus memoriei sale e perfect justificat”. În final, a rezultat un mic bust de bronz, care s-a aflat în cabinetul directorial pînă în timpul războiului, cînd a dispărut și, odată cu el, ultima imagine fizică a unui pionier remarcabil al psihiatriei românești, așa cum îl numea P. BRÂNZEI-

418. BRAHI- (cf. gr. *brachys* „scurt”) ● Element de compunere care exprimă semnificația de scurtime.

419. BRAHIAL (cf. lat. *brachialis*) ● Care aparține brațului; se referă la braț. (ex. i artera b, mișcarea b).

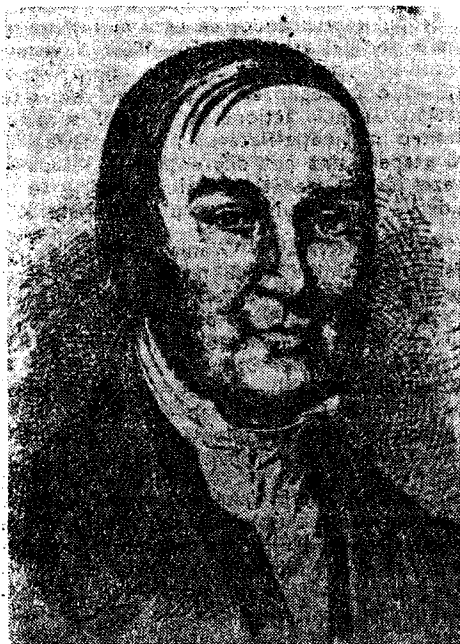
420. BRAHICEFALIE (cf. *brahi-* și gr. *kephale* „cap”) ● Conformăție craniană datorată sinostozei precoce a suturii coronare și ca efect, craniul se dezvoltă mai ales în diametrul lateral, rămînînd turtit în diametrul antero-posterior, ceea ce creează senzația de scurtare.

421. BRAHIMORF (cf. *brahi-* și gr. *morphe* „formă”) ● Denumire conferită de BARON, tipului brevilin din tipologia lui PENDE → BREVILIN.

422. BRAHISCHELETIC — tip (cf. *brahi-* și gr. *skeletos* și *skelos* „picior”) ● Denumiște în tipologia bazată pe criteriile strict morfologice, tipul constituțional caracterizat prin diminuarea semnificativă a lungimii membrelor inferioare.

423. BRAID James (1795—1860) ● Introduce, în 1843, termenul de hipnotism, în lucrarea „Neurohypnology of the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism”. Interesul său pentru psihiatrie este generat de o demonstrație de mesmerism, făcută de Charles la Fontaine, în 1841, demonstrație care nu-l convinge și din dorința de a-și risipi îndolalile, încearcă să efectueze el însuși asemenea experiențe și demonstrează absența fluxului magnetic, realizînd somnul cu ajutorul unui obiect strălucitor (oarecare) și apoi prin apăsarea bolții cranlene în zone pe care le consideră protecții

ale unor funcții psihice. Adept al teoriilor lui GALL, el numește metoda „frenohipnotică”. Aduce unele elemente originale în cazul somnului provocat. Cele afirmate nu trezesc interes decât peste 40 de ani, în 1883, când



James Braid

BROWN-SEQUARD traduce lucrarea sa în limba franceză; trebuie menționată însă și referirea lui P. BROCA la această lucrare, în 1858.

424. BRAIDISM ● Termen echivalent cu hipnotismul; nu mai are astăzi aceeași utilizare ca în secolul trecut. Deși pare ciudat, termenul nu a fost folosit pentru a desemna un fenomen prin numele descoperitorului, ci pentru a desemna anumite experiențe și tehnici pentru care J. BRAID propusese termenul neacceptat de hipnotism. Interesant este că BRAID a determinat totuși acceptarea termenului de hipnotism (căre-i aparține) și a trebuit însă ca, în prealabil, BRAIDISMUL să fie denigrat; departe de a fi o problemă personală a autorului, el s-a dovedit ulterior o „metodă atât de personală”, încât nu a fost abandonată nici după un secol.

425. BRAILLE Louis (1809—1852) ● Pedagog francez, orb de la vârsta de 3 ani, creator al alfabetului pentru nevăzători, căre-i poartă

numele (alfabetul Braille), adoptat în lumea întreagă. Absolvent al Institutului național pentru orbi din Paris, BRAILLE a funcționat mulți ani ca profesor al acestui institut, elaborând o metodă de scriere și citire (1829) bazată pe combinația a 1—6 puncte (trei verticale și trei orizontale) reprezentate în relief, care permite orbilor, prin pipăit, să descifreze textul. Un sistem similar a fost elaborat tot de BRAILLE pentru notația muzicală. Prima carte tipărită în sistemul BRAILLE a fost „Istoria Franței”. Putem să-l punem pe BRAILLE alături de celelalte personalități marcante care, prin efortul și opera lor, au adus servicii omenirii în drumul ei spre cunoaștere.

426. BRAIN^(B) *boală* ● Apraxie constructivă, care se referă la actul îmbrăcării, descrisă de W. BRAIN în 1941. Apare în leziunile posterioare ale emisferului drept.



Pickwick — club

427. BRAIN STORMING (anglicism, însemnând „furtună în creier”, „asalt de idei”) ● Termenul a fost introdus de psihologul american A. F. OSBORNE, în 1953. Este cea mai utilizată tehnică de stimulare a creativității colective; folosită mai ales în domeniul deciziilor și al conducerii întreprinderilor (pentru

ameliorarea sau modificarea structurilor organizatorice ale unităților economice). Are la bază principiul „cantitatea generează calitatea, în sensul avantajului adunării a cit mai numeroase soluții pentru rezolvarea unei probleme, din care urmează să se aleagă cea mai bună, în comparație cu tehnica eliminării succesive (care, de obicei, elimină mult mai puțin). Schematic, principalele etape sînt: faza liberă (green light) în care conducătorul prezintă grupului de 3—12 persoane (instruit și antrenat în prealabil) problema ce trebuie rezolvată și enunță grupului cele patru principii de bază ale tehnicii:

- se urmărește o mare cantitate de idei (rezolvări) și nu calitatea lor;
- nu se admite nici o critică, oricît de fantazistă ar fi soluția propusă;
- se pot face asociații în baza ideilor enunțate de alții (se caută un număr cit mai mare de asociații);



Petre Brânzei

- imaginația este piatra unghiulară a acțiunii (se evită soluții cunoscute), sînt antrenați permanent membrii grupului în sensul producerii de idei noi → **PROCEDURELE CREATIVITĂȚII.**

Se înregistrează (pe stenograme sau bandă de magnetofon) toate ideile/soluțiile enunțate de către grup; în faza de sortare și evaluare (green light stage) un număr restrîns de specialiști inventariază toate ideile și le clasifică în funcție de utilitatea lor.

Scopul este producerea unui număr cit mai mare de idei (soluții): 50—100, în vederea rezolvării problemei într-un timp scurt: 1/2—1 oră (depășirea timpului nu este motivată). Grupul acționează ca un stimulente pentru imaginația fiecăruia și datorită faptului că etapele sînt net diferențiate — etapa genezei ideilor, de etapa evaluării lor — se obține un plus de timp pentru creativitate.

428. **BRAINAL^(MC)** Spania ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune complementară:

- **PIRITINOL^(M)** — psihostimulent prin reglare metabolică, derivat al vitaminei B₆;
- **DEANOL^(M)** — psihostimulent, derivat DMAE acetamidobenzoat.

Acțiune psihostimulentă și reglatoare a metabolismului neuronal.

429. **BRAININE^(M)** Argentina — DCI *Deanol* vaporate ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanolic (DMAE) de tip deanoldipropilacetat, precursor al colinei și acetilcolinei, indicat în astenie, corectarea unor efecte secundare ale NL și anticonvulsivantelor.

430. **BRÂNZEI** Petre (1916—1985) ● Eminent om de știință, dascăl și medic, nume de prestigiu în dezvoltarea psihiatriei în țara noastră.

Studiază medicina la Iași, fiind atras de psihiatrie încă din anii studenției. Este intern al spitalului Socola, pe care nu-l va părăsi niciodată, parcurgînd toate treptele ierarhiei. Reușește să îmbine în mod fericit activitatea de dascăl (șef al catedrei de psihiatrie) cu cea de organizator de sănătate (director al Spitalului Socola). Aria preocupărilor sale este deosebit de cuprinzătoare: morfo- și fiziopatologia bolilor psihice, cercetări clinice și de terapie, studii epidemiologice, ergoterapie, psihologie medicală, igienă mintală, organizarea asistenței psihiatrice. Studiile și cercetările sale sînt cuprinse în peste 220 de lucrări. Este adeptul conceptului de interrelații biosociociale dinamice și unitare în definirea personalității.

Sub conducerea sa spitalul Socola devine baza pilot EURO/OMS. Își leagă numele de dezvoltarea modernă a întregii rețele de psi-

hiatrie a Moldovei § este adeptul extinderii formelor de asistență medicală extraspitalicească, fiind inițiatorul atît al Laboratorului de sănătate mintală cit și al Staționarului de zi din Iași.

Distins dascăl, medic și Om, lasă o puternică amprentă prin întreaga sa activitate pusă în primul rînd în slujba omului suferind.

431. BRASSEL^(M) Italia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester, piro-sulfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

432. BRATZ^(S) *sindrom* — sin. BRATZ-LEUBUSCHER^(S) *sindrom* § EPILEPSIE AFECTIVĂ § LEUBUSCHER — epilepsie ● Crize epileptiforme, fără corespondent EEG, cu determinare net psihogenă, acompaniate de un evident cortegiu neuro-vegetativ. BON-HOEFFER; de altfel, o numea EPILEPSIE REACTIVĂ. Studiile ulterioare au evidențiat absența sindroamelor deteriorative în timp, la subiecții ce au prezentat crize, chiar repetate, de „epilepsie afectivă”. Toate aceste argumente ne obligă să privim cu rezervă încadrarea manifestărilor semnalate în rîndul epilepsiilor § de altfel, termenul este foarte rar utilizat, prezentînd mai mult un interes istoric.

433. BRÄUTIGAM^(S) *sindrom* ● Termen sub care sînt cuprinse modificările comportamentale ale toxicomanilor, intervenite în urma regresiei personalității, ca urmare a deteriorării nucleului acesteia. Afectarea dimensiunii sociale — iresponsabilitate, absența conștiinței profesionale și a sentimentului — este dublată de reacții violente, nesiguranță, lipsă de tact, inadecvare emoțională.

434. BRAVADĂ (fr. *bravade* § vezi și it. *bravare* „a se lăuda”) ● Atitudine constînd în impresionarea deliberată a celor din jur, cu scopul mpunerii „admirației proprii persoane”. Considerată normală la copil și adolescent, evidențiază ulterior imaturitate emoțional-afectivă în planul relațiilor interpersonale.

435. BRAVAIS-JACKSON^(B) *boală* → sin. JACKSONIANĂ EPILEPSIE

436. BREAK-DOWN (americanism, cu sens de prăbușire depresivă) ● Formă de depresie ce survine brusc la subiecții epuizați.

437. BREM-GRÄSER^(T) test ● Imaginat de cei doi autori, în 1951, testul proiectiv al familiei de animale și-a găsit un loc destul de important în clinica de psihiatrie infantilă, atît în explorări individuale, cit și de grup. Se folosește pentru evidențierea situației copilului în familie. Vîrsta subiecților nu trebuie să depășească 6 ani. Interpretarea este standardizată cu ajutorul unui catalog special al proprietăților animalelor.

438. BRENDAIT^(M) Argentina — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă § este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare, inferioară amfetaminelor și cu efecte anorexigene, apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO § în timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

439. BRENDELMANN^(T) test ● Test de memorie creat de PINILOSS, BRENDELMANN § utilizat puțin în prezent.

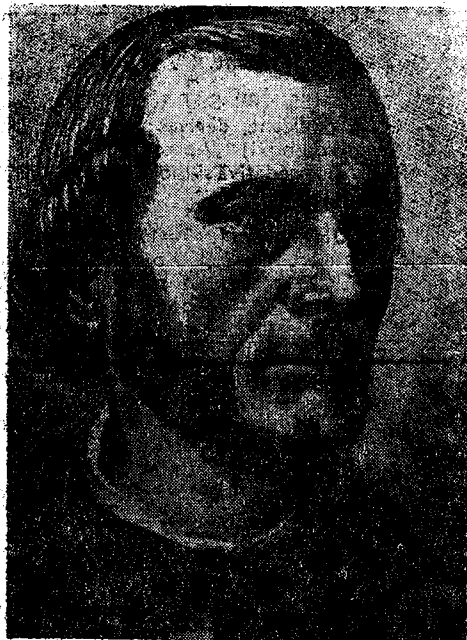
440. BREONESIN^(M) S.U.A. — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

441. BREUER Josef (1842—1925) ● Medic și psiholog austriac. A lucrat o perioadă cu fiziologul E. HERING, studiînd centrul nervos al respirației § în 1868, amîndoi descoperă reflexul ce le poartă numele, Hering-Breuer. Părăsește cariera universitară, în 1880 § îl cunoaște pe FREUD, fiind, alături de el, unul dintre pionierii psihanalizei, metodă pe care o adoptă, după propria-i mărturisire în urma tratării cazului Anei O. (celebru în epoca respectivă), la care simptomatologia isterică s-a remis după ce, sub hipnoză, pacienta a evocat circumstanțele apariției bolii. În 1893 apare, în „Neurologisches Zentralblatt”, o comunicare în acest sens, semnată împreună cu FREUD, iar în 1895, ultima lor lucrare comună „Despre isterie”. După această dată relațiile dintre ei se alterează profund, urmînd o ruptură definitivă, fapt ce oferă posibilitatea unora să afirme: „începutul psihanalizei a fost făcut”.

442. BREUER — metodă ● Procedeu psihoterapeutic de descărcare emoțională, cu efect catartictic, introdus de BREUER pentru rememorația și verbalizarea unor evenimente trauma-

tizante, uitate în cursul hipnozei. Tratamentul catartic, în raport cu sugestia hipnotică, prezintă limite și dezavantaje, în sensul că descărcările emoționale sînt brutale, iar efectul lor este de scurtă durată, dacă nu defavorabil, după FREUD. BREUER practică hipnoza timp de peste patru decenii în tratarea isteriei, experiență care-i va servi în stabilirea rolului refuzării în genaza isteriei și a importanței transferului afectiv în vindecarea ei. Pentru aceste motive el este considerat drept precursor al psihanalizei.

443. **BREVILIN** (cf. lat. *brevis* „scurt” și *linea* „linie”) — sin. BRAHIMORF ; BRAHITIP ● Tip constituțional, descris de PENDE, în tipologia sa morfo-fizio-psihologică (derivată din tipologia morfologică a lui VIOLA), prin opoziție cu tipul longilin. Este specific persoanelor scunde, robuste, cu membre scurte, la care predomină parasimpaticul. PENDE distinge două tipuri de brevilini : stenici și astenici,



Alexandre Brierre de Boismont

fiecare cu cîte două varietăți (stenic hipersuprarenalian și stenic hipergenital și astenic hipotiroidian și astenic hipotiroideo-hipopituitar). Sub raport psihoendocrin, breviliinii psihoendocrin stenici se caracterizează printr-un tonus bun al suprarenalelor și gonadelor, prin bună dispo-

ziție, expansivitate și extroversie, în timp ce breviliinii astenici prezintă un tonus scăzut al tiroidei, fiind mai de grabă bradipsihiici, depresivi și introverți. Tipul brevilin ar corespunde picnicului ciclotim din tipologia kretschmeriană.

444. **BRICOMANIE** (cf. gr. *brykein* „a scriși din dinți” și *mania* „nebunie”) ● Automatism^{sin} masticator → BRUXISM.

445. **BRIERRE de BOISMONT** Alexandre-Jacques-François (1797—1881) ● Medic francez cu foarte variate preocupări în domenii diverse ale medicinei. După terminarea facultății, în timp ce conduce Casa de sănătate mintală Neuve Sainte Geneviève, lucrează cu PARISET, la Salpêtrière, și apoi cu DUPUYTREN, la Hôtel-Dieu și în 1831, în Polonia, pune în evidență caracterul contagios al holerei (făcea parte din misiunea franceză), pentru ca, în 1840, să-i urmeze lui ESQUIROL la Charenton. A publicat un număr imens de lucrări în toate domeniile medicale, unele semnate împreună cu DUPUYTREN, din domeniul chirurgiei. În domeniul psihiatriei, este autorul unor lucrări de mare amploare, adevărate tratate ca : „Des hallucinations” apărută în 1845 și 1852 și „Du suicide et de la folie suicide”, în 1856 și 1865. A făcut parte din Consiliul general al medicilor din Franța și a fost vicepreședintele și apoi președintele Societății franceze de Psihiatrie.

446. **BRIGEN-G**^(M) S.U.A. — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M)

447. **BRIGHT** — psihoze/boală ● Termen vechi, propus pentru descrierea tulburărilor psihotice legate de unele cazuri de insuficiență renală.

448. **BRIGHAM** Amariah (1798—1849) ● Psihiatru american, cu pregătire de specialitate realizată în Europa (Franța, Anglia). A fost director al Azilului de alienați din New-York, unde va introduce preceptele tratamentului moral, pe care-l cunoscuse în Europa. Publică o serie de lucrări, dintre care menționăm : „Observații asupra influenței religiei asupra sănătății mintale” (1835) — un viu protest împotriva fanatismului religios —, „Studiul maladiilor și funcțiilor nervoase” (1840) și, în fine, „Observații asupra influenței culturii asupra sănătății”, cea mai importantă lucrare a sa, apărută în trei ediții în S.U.A. și în Europa, adevărat ghid.

de sănătate mintală. În 1884, editează „American Journal of Insanity” care continuă să apară și azi sub numele „American Journal of Psychiatry”.

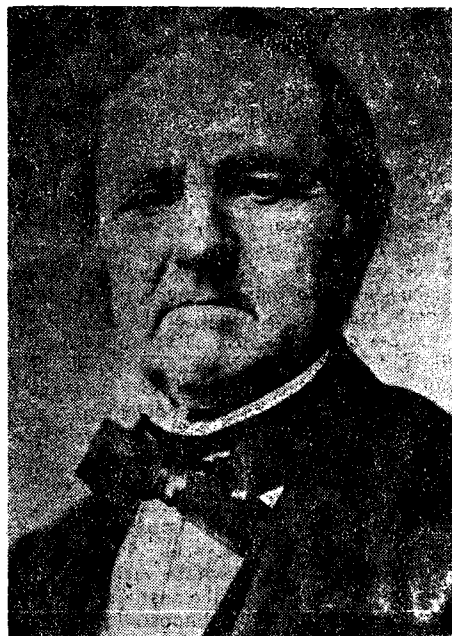
449. **BRILL Abraham-Arden** (1874—1948) ● Elev al lui MEYER, la Manhattan State Hospital, pleacă în 1907, pentru perfecționare, în Europa, unde vine în contact cu BLEULER, JUNG, FREUD; reîntors în S.U.A., traduce lucrarea lui JUNG „Psychologie de la démence précoce” și, „infestat” de lucrările lui FREUD, devine primul psihanalist american sau, așa cum îi plăcea să se autointituleze, „reprezentantul oficial al profesorului FREUD”. În 1911 creează societatea americană de psihanaliză, iar în 1913 — primul periodic psihanalitic de limbă engleză „Psychanalytical Review”. În 1909, începe traducerea lucrărilor lui FREUD, sub o formă simplificată și schematizată, fără arabescurile caracteristice, ceea ce-i atrage reproșuri din partea lui JONES și celebra apostrofă a lui FREUD „prefer un bun prieten unui bun traducător”.

450. **BRIQUET Paul** (1796—1881) ● Un bun medic internist, cu numeroase lucrări în acest domeniu. Devine șeful unei secții de medicină internă la Charité, unde, datorită numeroaselor manifestări isterice întâlnite la subiecții somatici (lucru valabil și azi, dar citeodată uitat), începe să se preocupe de psihiatrie și îndeosebi de studiul isteriei, pe care o consideră: „o nevroză a acelei părți a encefalului destinată a recepționa impresiile afective și senzațiile — boală cu un anumit dinamism, care poate perturba funcționalitatea organismului în întregime”. Publică, în 1859, „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie”, lucrare considerată un moment de referință în cercetarea isteriei. Potrivit opiniei sale, isteria nu este expresia frustrărilor sexuale, ci presupune o anumită predispoziție și susceptibilitate, pe care se va greșa trauma psihică. Este primul care afirmă „egalitatea sexelor în fața isteriei”, considerând că și bărbații pot avea această boală, nu numai femeile, așa cum se credea până la el, părere pe care CHARCOT și-o va însuși 15 ani mai târziu. Americanii au apreciat mult studiile sale, denumind isteria **BOALA BRIQUET**.

451. **BRIQUET (S)** *sindrom* ● Termen puțin utilizat în prezent, desemnând una dintre formele de manifestare clinică ale isteriei, descrisă de autor, constând în tulburări respiratorii (ritm și amplitudine), afonie, modificări vegetative, consecutive unei pseudoparalizii diafragmatice.

452. **BRISSAUD (S)** *semn* ● Obținerea contactiei mușchiului tensor al fasciei late, prin excitarea mecanică (ac) a marginii externe a plantei și se pozitivează în sindromul piramidal.

453. **BRISSAUD (S)** *sindrom* ● I Prezent în afecțiunile ce antrenează atingerea bulbară,



Paul Briquet

avind etiologie vasculară, sindromul se manifestă prin crize de anxietate paroxistică nocturnă, tremurături ale corpului, transpirații reci, paloarea tegumentelor, tulburări respiratorii și circulatorii cu aspect funcțional. Este întâlnit, mai ales, în patologia psihiatrică de involuție. Diagnosticul, în fazele inițiale, este dificil, datorită aspectului funcțional și anxietății de o mare intensitate care domină tabloul clinic.

454. **BRISSAUD-MARIE (S)** *simptom* ● Tic unilateral al mușchilor limbii și buzelor, atribuit inițial patologiei isterice, dar regăsit ulterior în boala Gilles de la Tourette și chiar în afecțiuni organice.

455. **BRISTAMIN (M)** Anglia, **BRISTAMINE (M)** Japonia — DCI Feniltoloxamină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip N,N-dimetil-2(α-fenil-0-toliloxi)etilamină, cu acțiune marcat antihistaminică, pe lângă cea tranchilizantă.

456. **BRITAZEPAM^(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

457. **Broca** — afazie ● Tip de afazie senzitivă sau motorie, care presupune pierderea mai mult sau mai puțin completă a posibilității de exprimare orală sau în scris, datorită unor leziuni corticale, fără afectarea organelor intricate în fonatie → **AFAZIE**.

458. **Broca** — centru ● Centru motor al vorbirii articulate și al scrisului, situat în lobul prefrontal stîng, în vecinătatea centrilor superiori, implicați, în general, în mișcările voluntare. **Broca** localizează acest centru la piciorul circumvoluției cerebrale frontale ascendente stîngi, ariile Brodmann 44 și 45. S-a constatat însă că stimularea acestor arii la omul conștient nu determină apariția unui limbaj oral propriu-zis, ci realizează numai „fragmente” de comportament motor elementar. Stimularea porțiunii inferioare a zonei motorii a feței poate determina apariția unui „șipăt” asemănător celui care precedea uneori crizele epileptice, acest „șipăt” fiind însă o „vocalizare” și nu limbaj. Ablația cortexului în vecinătatea ariei 44 antrenează o afazie motorie de gravitate variabilă. Stimularea acestei arii la omul conștient determină perturbări de limbaj, cu imposibilitatea expresiei vorbite, subiectul declarînd după stimulare „știam ce vreau să spun, dar nu puteam spune”.

459. **Broca Paul** (1824—1880) ● Chirurg și anatomist, cunoscut pe plan mondial ca autor al teoriei — pe care reușește să o demonstreze — asupra inegalității funcționale a celor două emisfere cerebrale în ceea ce privește funcția vorbirii. Mai puțin cunoscută este o altă preocupare a sa, care-i asigură, de asemenea, prioritatea: în 1858, luînd contact cu lucrările lui **Braid** în domeniul hipnozei, propune folosirea ei drept procedeu de anestezie chirurgicală și în anul următor, chirurgul **Jules Cloquet** o și realizează în practică (ablație chirurgicală de sin, într-o tumoare canceroasă).

460. **Brocadisipal^(M)** Danemarca, **Brocasipal^(M)** Suedia—DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressiv (intensitate

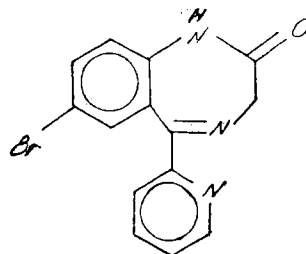
mică) și folosit, în special, în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

461. **Brodmann** Korbinian (1868—1918) ● Anatomist, histolog și psihiatru german. În anul 1909, publică la Leipzig lucrarea „Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde” (Studii comparative asupra localizărilor în scoarța cerebrală). De numele său este legată numerotarea regiunilor cortexului cerebral (ariile Brodmann), diferențiate pe baza unor criterii histologice, folosită în localizările funcțiilor corticale.

462. **Brodski** — mixtură ● Una dintre rețetele care au făcut vogă în anii '50, ca tratament al epilepsiei. Conținutul acestei mixturi: clorură de calciu, fenobarbital, tetraborat de sodiu, metil-cofeină, sugerează ideea polipatogeniei, căreia o astfel de terapie i se adresa. Terapiile anticomițiale actuale au închis în rafturile istoriei și acest panaceu.

463. **Brody^(T)** test ● Test de tip calitativ pentru investigarea gîndirii conceptuale (a operativității gîndirii și a mobilității cognitive), din seria testelor de clasare *Goldstein-Schæerer*, constînd din ordonarea unor materiale figurative după un anumit criteriu (formă, culoare, utilizare etc.).

464. **Bromazepam^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu



valențe antidepressiv. Necesită precauții în administrarea la vîrstnici și la conducători auto. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici, cu acțiune tranchilizantă ?

- Dintre cei mai bine cunoscuți :
LEXOTAN (M) Belgia, Danemarca, Italia, Japonia, Mexic, Portugalia
- LEXOTANIL (M) Argentina, Austria, Elveția, Grecia, Olanda, R.F.G.
- Se mai întâlnesc sub numele :
COMPENDIUM (M) Italia
CREOSEDIN (M) Argentina
DEPTRAN (M) Brazilia
LECTOPAM (M) S.U.A.
LEKOTAM (M) Iugoslavia
LENITIN (M) Israel
LEXATIN (M) Spania
LEXAURIN (M) Iugoslavia
LEXILIUM (M) Iugoslavia
LEXOMIL (M) Franța
LEXOTAN PLUS (M) Italia
PASCALIUM (M) Grecia

465. BROMERGON (M) Iugoslavia → BROMOCRIPTINE (DCI).

466. BROMIDROSIFOBIE (F) (cf. gr. *bromos* „miros urit” și *hidros* „transpirație” și *phobos* „frică”) ● Spaima morbidă de mirosurile neplăcute emantate de propriul corp. Se întâlnește în dezvoltări patologice reactive ale personalității (delirul senzitiv de relație, dezvoltările hipocondriace), în nevroza obsesiv-fobică, psihoze de involuție.

467. BROMISM — Intoxicație cu brom ● Se realizează prin creșterea progresivă a acumulării bromurilor în țesuturi, până la atingerea unei concentrații toxice. Se poate manifesta prin următoarele forme :

- intoxicația bromică simplă : îngustarea progresivă a cimpului conștiinței, scăderea memoriei, instabilitate, slăbiciune, tremurături, în special ale miinilor, feței și limbii ; anizocorie, cu reactivitate diminuată a pupilelor, ataxie, incoordonare, dermatită acneiformă, respirație fetidă și limbă saburală ;
- delirium (reprezintă 2/3 din intoxicațiile cu bromuri) : dezorientare, neliniște psihomotorie, anxietate, tulburări ale dispoziției, idei delirante și halucinații, insomnii ;
- halucinoză : în tabloul clinic predomină reacțiile anxioase la fenomenul halucinozic, starea aceasta avînd o durată mult mai lungă (săptămîni) față de cea cu etiologie alcoolică (zile) ;
- psihoză schiziformă tranzitorie : de obicei, de tip paranoic ;
- pseudoepilepsia.

468. BROMOCRIPTINE (DCI) ● Psihotrop de tip 2-bromo- α -ergocriptină, cu acțiune asemănătoare cu a timolepticilor, ceea ce a dus la încercarea, fără rezultate certe, de a fi utilizat în locul acestora. Indicat în parkinsonism idiopatic, postencefalitic sau indus, stimulator al prolactinei, ceea ce-i conferă, cel puțin teoretic, atuuri în combaterea efectelor secundare neuroleptice de tip amenoree, galactoree. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

BROMERGON (M) Iugoslavia
PRAVIDEL (M) R.F.G., Suedia
PARLODEL (M) Anglia, Austria, Elveția, Franța, Italia, Olanda, S.U.A.

469. BROMOVAL (M) România — DCI *Bromisovalum* ● Produs terapeutic cu acțiune sedativ-centrală, ușor hipnotică și anticonvulsivantă ; indicat în hiperexcitabilitate, insomnie, intoxicații cu cafea, nicotină, spasmodie și în unele forme minore de epilepsie. Produce similitare :

ALBROMEN (M) Ungaria
ALUVAL (M) R.D.G.
BROMURAL (M) R.F.G.
ISOVAL (M) Anglia

470. BROMPERIDOL (DCI) ● Derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromofenil)-4-hidroxi-piperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai reduse. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

AGOSTINE (M) Belgia
AZUREN (E) (M) Belgia
CONSILIUM (M) Belgia
IMPROMEN (M) Olanda
→ BUTIROFENONE.

471. BROMURI ● În a doua jumătate a secolului trecut, CHARLES LECOCK are ideea de a trata cu săruri de brom două boli care aveau ponderea principală în patologia vremii : epilepsia și onania (aceasta nefiind consacrată ca boală în sine, odată cu trecerea timpului). Mai mult decît pentru efectele lor terapeutice, bromurile, în special cele de potasiu, erau cunoscute, încă de la începutul secolului al XIX-lea, pentru toxicitatea lor neurotropică. Anticipînd fenomenul psihofarmacologic de „cămășă de forță chimică”, descris de DELAY pentru medicamentele psihotrope moderne, bromurile reușeau, se

pară, să fie „o botniță a epilepticilor“. BEHREND (1864) le conferă rolul de agent hipnotic, dar numai prin prescrierea unor doze foarte mari. Avalanșa și succesul medicamentelor psihotrope moderne a compromis, deși nu chiar definitiv, utilizarea bromurilor în psihiatrie (ce ne-am face fără banala și totuși benefica fiolă de bromură de calciu, în tratamentul unor așa-numite sindroame funcționale?). Ele nu-și dezmint defel eficacitatea în stările nevrotice de lungă durată și cu o importantă componentă neurovegetativă (dovadă fiind fabricarea unor tradiționale produse, gen bromoval, de către firme de prestigiu). Metoda inițială a curei de somn le asociază barbituricelor și cloralhidratului, dar în doze mici (1930), în vederea inducerii unui somn cât mai natural.

● Structura chimică — bromuri (săruri de potasiu, sodiu, calciu, amoniu, stronțiu).

● Acțiune — sedativă, prin facilitarea proceselor de inhibiție corticală și anticonvulsivantă și dezavantaje: efectul terapeutic se instalează lent și există riscul acumulării toxice.

● Indicații :

- sindroame nevrotice ;
- sindroame pseudonevrotice din afecțiunile organice ;
- tulburări de tip excitabil ale personalităților dizarmonice (se preferă bromura de calciu, litiu, sodiu)

● Forme de prezentare : substanța ca atare (bromura de potasiu, de sodiu etc.), singură sau în combinație cu barbiturice, alte substanțe sedative de natură vegetală (Nervocalm, Pasinal), celebra mixtură Krasnușkin.

472. BRONTOFOBIE^(P) (cf. gr. *bronte* „tunet“ și *phobia*) ● Teamă nejustificată (sau insuficient justificată) de fenomenele electrice ale furtunii, după unii autori, de tunete și rar, întilnită, nu are semnificație patologică în cazul prezenței solitare → FOBIE.

473. BROSERPINE^(M) S.U.A. — DCI Reserpina ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

474. BROSITIMIE (cf. gr. *brosis* „hrănă, acțiunea de a minca“ *thymos* „dorință“) ● Model patologic propus recent de ANTONELLI pentru explicarea bolilor psihosomatice. Autorul „caută“ în stilul de viață al pacientului, care „își înghite anxietatea“, ca apoi să o somatizeze, fundamentarea explicării sale.

Spre deosebire de alte modele ale medicinei psihosomatice, care-și propun să explicitizeze cum se îmbolnăvește subiectul sau care este tipologia acestuia, brositimia se orientează preponderent asupra a ceea ce se poate face cu un astfel de subiect ; schimbări modeste substanțiale, în stilul de viață. După autor, modelul se potrivește aproape tuturor afecțiunilor psihosomatice, dar mai ales patologiei gastrointestinale (în special colonului iritabil) și patologiei cardio-vasculare (cu o notă aparte pentru nevroza cardiacă și hipertensiunea arterială).

475. BROTOPON^(M) Japonia — DCI Haloperidol ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidin-/4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

476. BROUSSAIS François-Joseph-Victor (1772—1838) ● Medic internist, care a încercat să explice bolile psihice după un unic model de boală — cel al gastroenteritei. În lucrarea sa „Iritație și nebunie“, publicată în 1828, încearcă să acrediteze drept cauză a bolilor mintale iritația (inflamația) care, la rindul ei, ar fi produsă de cauze morale (externe) și de simpatie (interne), întrucât „creierul nu poate suferi niciodată singur“. Fără a avea succesul dorit, modelul propus a rămas în istoria psihiatriei drept o încercare de a crea un fundament anatomo-patologic bolilor mintale, reprezentind o etapă ce a condus către impasul organicist.

477. BRUCKE Ernst-Wilhelm (1819—1892) ● Medic fiziolog, conduce catedra de fiziologie de la Königsberg și apoi pe cea de la Viena, unde vine în contact cu FREUD, de care se apropie în mod ciudat, deși era adeptul curentului fiziologic antivitalist, mecanicist și organicist, caracterizat prin tendința de a reduce complexitatea existențială la mecanisme fiziologice. În Institutul de fiziologie de la Viena, îi cunoaște și pe BREUER și HERING. Poate că nu atât teoria psihicului fiziologic l-a făcut cunoscut, cât celebrul triplu insucces terapeutic, înregistrat împreună cu FREUD și BREUER, în încercarea de a rezolva o toxicomanie pe care au reușit să o transforme în dependență la un alt drog ; FREUD va face numeroase referiri la acest eveniment.

478. BRUDZINSKI⁴ semn ● Sînt descrise în fond, trei semne Brudzinski, în cadrul sindromului meningeal (au fost descrise în meningita cerebrospinală) ;

- semnul proximal Brudzinski? prin flexarea capului în decubit dorsal, apar dureri la nivelul celei și se produce flexia extremităților inferioare în articulația genunchilor și, mai rar, flexia concomitentă a extremităților superioare în articulația cotului;
- semnul pubian Brudzinski: compresiunea pe simfiza pubiană produce contracția mușchilor extremităților inferioare și, mai rar, flexia concomitentă a extremităților superioare în articulația cotului;
- semnul bucal (jugal) Brudzinski: compresiunea puternică a regiunilor molare produce flexia extremităților superioare și, mai rar, a celor inferioare.

479. BRUNS⁹ semn ● Unul dintre semnele majore în diagnosticul de tumoră și cisticercoză cerebrală, pînă la apariția metodelor moderne de investigație; astăzi nu mai prezintă decît interes istoric. Constă în vertij, pierderea echilibrului, cădere acompaniată de un cortegiu vegetativ manifest (urmărire a excitației parasimpaticului), simptome cu apariție bruscă, după mișcarea rapidă a capului.

480. BRUNS⁽⁸⁾ sindrom ● Descriș de autor în 1892, este, în fond, sindromul de ataxie frontală postlegională a lobului. Elementele neurologice definitorii: mers nesigur, instabilitate, tendința de cădere, apraxie motorie, însoțită de tulburări psihice de tip maniacal. În 1953, BARRÉ a propus definirea acestui sindrom drept PSEUDOATAXIE FRONTALĂ.

481. BRUNS-JASTROWITZ⁽⁸⁾ sindrom — sin. DEBILITATE MENTALĂ EUFORICĂ ● Definește tulburările psihice din sindromul de ataxie frontală (BRUNS, 1892) sau sindromul pseudotaxiei frontale (BARRÉ, 1953); constind în excitație, euforie, puerilism, tendință spre calambururi, scădere a simțului critic, optimist, elemente aflate net în contrast cu starea de gravitate a bolii. Inițial, a fost considerat ca simptom al leziunilor frontale; astăzi valoarea sa este relativă, putînd fi înțeles în leziuni ale acestor regiuni encefalice.

482. BRUTALITATE (fr. *brutalité*) ● Conduită dură, exprimată manifest (ideo-verbal sau comportamental-motor), reflectînd fie o descărcare bruscă și tranzitorie (stare de moment), fără semnificație patologică deosebită, a unei stări emoționale puternice, într-o situație frustrantă, coercitivă sau care pune în pericol integritatea personală (în ultimul caz

avînd sensul de reacție de apărare), fie o tulburare de comportament cu caracter asocial, cînd devine o manifestare stabilă și patognomonică a modului de relaționare sau de reactivitate individuală. Constă în slăbirea sau abolirea controlului critic, conștient și voluntar al propriilor acte, gesturi, expresii verbale sau atitudini, în raport cu stimulații minore din partea mediului, fiind înțilnită la personalități dizarmonice, de tip instabil, impulsiv, epileptoid și altele, precum și în demențe, oligofrenii severe, toxicomanii → AGRESIVITATE, IMPULSIVITATE.

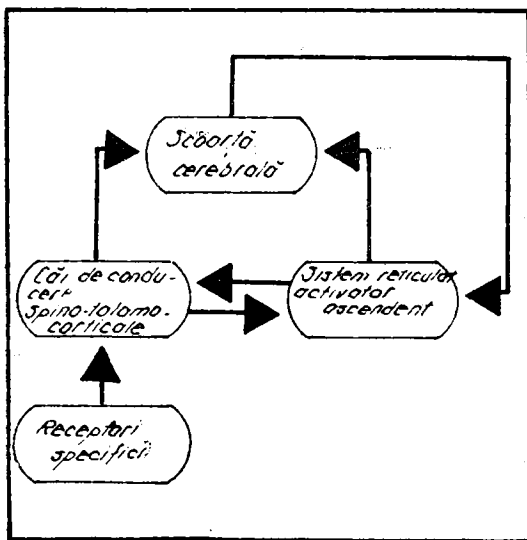
483. BRUTEANU Mircea (1882—1957) ● Absolvent, în 1908, al Facultății de medicină din București, cu teza „Începutul melancolic form al stărilor paranoice”. Lucrează la Spitalul Mîrcuța, alături de Alexandru OBREGIA și, ulterior, ca șef de secție la Spitalul Central, pe care l-a și condus în două rînduri. A fost preocupat îndeosebi de problemele organizării sanitare și a asistenței bolnavilor mintali.

484. BRUXISM (cf. gr. *brykein* „a scrișni din dinți”) — sin. BRICOMANIA ● Reprezintă un automatism masticator hipnic, caracterizat prin contracții bruște, repetate, la nivelul mușchilor maseteri, care provoacă mișcări de masticație („scrișnitul din dinți”, „tooth grinding”). Autorii de limbă franceză au constatat că aceste mișcări apar în cursul somnului lent superficial (SLS), dispar în cursul somnului lent profund (SLP) și pot reapărea în stadiile de somn cu mișcări oculare rapide (REM). Bruxismul se asociază frecvent cu somnilochia. REDING și colaboratorii au emis ipoteza că această contracție excesivă a mușchilor maseteri ar putea reprezenta o manifestare electroclinică a unei iradieri a activității pontine în cursul somnului REM, spre nucleii motori ai trigemenului în opoziție cu aceștia, autorii japonezi afirmă că episoadele de automatism motor cu „scrișnire din dinți” apar în oricare stadiu al somnului, dar mai ales în SLS și excepțional, în cursul stadiilor REM. El ar obținut declanșarea acestor automatisme prin excitanți externi care superficializează somnul, producînd tranziții de la somn la veghe, în cursul cărora se manifestă aceste automatisme masticatorii. Autorii japonezi incriminează în producerea acestora și zonele corticale și limbice. Această supoziție este susținută de obținerea „scrișnitului din dinți” după administrarea dopaminelor sau a precursorilor acestora la șoareci și la om. Apariția sa atât la copil și la adult este legată de factori tensionali psihici și de structura anxioasă a subiectului, de aceea și tratamentul este

eficace în măsura în care se ține cont de particularitățile psihologice ale cazului. Tratamentul stomatologic care se adresează factorului ocluzal nu are valoare în terapia bruxismului pe care chiar îl poate agrava.

Bruxomania întilnită la oligofreni și la schizofrenii regresaiți se manifestă prin producerea scrișnirii dinților în stare de veghe.

485. BRZEZICKI[®] *simptom* — sin. PARAGNOMENUL BRZEZICKI ● Schimbare bruscă a comportamentului, neașteptată și cu caracter patologic, apărută la un individ care pînă în acel moment părea a avea o stare normală de sănătate mintală. Simptomul, cu o importanță fundamentală în psihiatria judiciară trebuie să prezinte întotdeauna un caracter nonreactiv și să nu fie caracteristic atitudinilor anterioare ale subiecților. Se apropie de noțiunea de „delict inițial — STRANSKI” sau de „debut medico-legal”.



Relațiile sistemului reticular activator ascendent cu sistemele ascendente senzitivo-senzoriale specifice și cu scoarța cerebrală

Crimele nemotivate se încadrează în acest simptom. Nu se poate vorbi de acest semn atunci cînd există anterior delirium constituite sau tulburări afective majore.

486. BRZEZICKI^(®) *sindrom* ● Parkinsonism cu caracter akineto-hipertonic, care

se instalează în urma unui atac apoplectic; a fost descris de cel care i-a dat numele, în 1927.

487. BUCLĂ DE CONTRAREACȚIE NERVOASĂ ● Contrareacție negativă reticulo-cortico-reticulată, prin care scoarța cerebrală este susceptibilă, în anumite condiții, de a activa formațiunea reticulată, deși, în general, acțiunea cortexului la acest nivel este inhibitoare. Se apreciază că neuronii reticulari au o activitate proprie insuficientă în menținerea funcțiilor fiziologice și, mai ales, în menținerea stării de veghe. Substanța reticulată se comportă ca un acumulator de energie, ale cărui surse sînt informațiile senzitivo-senzoriale, vegetative și motorii, precum și factori biochimici. Astfel, hipercapnia determină o reacție de trezire, hipocapnia determină somnolență, hipoxie — de exemplu, de altitudine — alături de noradrenalină, determină o marcată reacție de trezire, care însă este suprimată prin distrugerea formațiunii reticulate mezencefalice. Barbituricele determină o deprimare a activității sistemului reticulat amfetaminele o stimulează. Durerea acționează în două etape:

● prin intermediul stimulilor nocceptiv la nivel de nervi

● prin stimularea secreției de noradrenalină, care prelungeste efectele stimulării nervoase.

● Influențele de origine corticală acționează la nivelul funcționalității sistemului reticulat, deci se poate spune că scoarța cerebrală are capacitatea de a participa la „propria-i reacție de trezire”, prin intermediul substanței reticulate. În afară de cortex, și alte structuri nervoase pot avea o influență similară (corpii striati — acțiune inhibitoare —, variațiile tensiunii arteriale, care acționează prin intermediul baroreceptorilor vasculari).

● Starea de „alarmă”, care antrenează descărcări de catecolamine în circulație, stimulează și ea reacția de trezire, dar, în același timp, determină o creștere a tensiunii arteriale, care are ca efect tendința de dezactivare reticulară. Această contrareacție poate fi identificată cu reacția

de protecție a organismului împotriva efectelor unei „hipervigilențe”, dar ea nu poate acționa decît în anumite limite care, odată depășite, reduc și capacitatea de apărare. Cercetări recente asupra somnului au accentuat existența sistemelor de dezac-

țivare reticulară, care au un rol important în inițierea acestui proces.

483. BUCK^(*) test — sin. TESTUL CASA-ARBORE-OM ● Test proiectiv, imaginat de autor în 1948, constând în interpretarea (în manieră psihanalitică) a desenului standardizat al subiectului (arbore, casă, om), ca și a comentariului pe care subiectul îl face pe marginea acestor desene. Autorul consideră că, în cea de a doua fază — perioada verbală —, desenele stimulează asociația verbală a examenatului, deschizând astfel o cale pentru analiza trăsăturilor profunde ale personalității.

489. BUCUBOLOL^(*) Japonia, BUCUMALOL^(*) Japonia — DCI *Bucumalol* ● Betablocant de tip 8-/3-(tert-butilamino)-2-hidroxi-propoxil-5-metilcumarină, indicat în anxietate, alcoolism, sevrage de origini diverse, combaterea tremurului parkinsonian, senil și a celui produs de toxicitatea litiului, afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative → BETABLOCANTE.

490. BUCURIE (cf. alb. *bukur*) ● Stare psihică, limitată în timp, caracterizată printr-o încărcătură afectivă intens pozitivă, apărută ca urmare a realizării unei dorințe, a atingerii unui scop, sau ca rezultat al unei surprize agreabile. Această încărcătură afectivă se traduce, în plan comportamental, printr-o creștere a nevoii de comunicare cu cei din jur (nevoia de a-i „contamina” și pe alții de propria mulțumire, exuberanță, mimică și gestic bogate, ris și chiar paradoxal, plins — „de bucurie”). Obținerea unei satisfacții, atingerea unui scop material sau spiritual creează o stare de mulțumire interioară, o emoție, care domină pentru moment psihismul, conducând spre optimism, încredere în viitor, în sine, în cei din jur și creșterea premizei apariției unor noi scopuri, motivații, planuri de viitor.

Surse de bucurie nu sînt numai realizările artistice deosebite sau extazul religios, ci și evenimentele cotidiene. Pentru copilul mic, neștiutor și lipsit de simț critic, sursele de bucurie sînt mult mai numeroase decît pentru adult. Ca emoție elaborată, bucuria este condiționată de formația culturală, socială, istorică a individului. Astfel, dacă astăzi moartea unei ființe dragi este trăită dureros, același lucru la vechii daci era prilej de bucurie. Prolungirea patologică a bucuriei se încadrează în euforie.

491. BUCY-KLÜVER^(*) *sîndrom* ● Realizat experimental la maimuță, după lobectomie temporală bilaterală. Clinic, se constată dispariția agresivității și a reacției la teamă,

hiperfagie, cecitate psihică, comportament caracteristic, cu dezinhibiție sexuală și folosirea exagerată a nasului și gurii pentru obiecte alimentare sau de altă natură. Se observă în procesele atrofice (boala Pick și Alzheimer), ramolismenle ischemice bilaterale etc.

492. BUCY — *schemă* ● Schemă propusă de neurochirurgul BUCY pentru a explica apariția tremurărilor intenționale și de repaus. Locul genezei acestora pare a fi reprezentat de zonele corticale precentrale, calea de transmitere — fibre din fascicolul piramidal, locul destinației — coarnele anterioare medulare. În mod normal, există circuite de control (cortico-nigro-palido-talamo-corticale). În cazul alterării acestor circuite sau scăpării lor de sub control, apar aceste tremurături.

493. BUFEU DELIRANT (fr. *bouffée* „suflu pasager, acces”) ● Tablou psihotic polimorf, cu apariție bruscă și polimorfism simptomatic, în care se intrică tulburări percepțive, intuiții și idei delirante, nesistematisate și mobile, antrenînd un comportament modificat și o importantă schimbare a modului de relaționare al subiectului cu lumea exterioară. Debutul este brusc și brutal, durată, de obicei, limitată la cel mult cîteva săptămîni. Prognosticul imediat este bun, dar grevat de posibilitatea unor recăderi (în care delirul rămîne polimorf — LEGRAIN). Apariția unor stări confuzionale este un semn de agravare. Paternitatea conceptului de bufeu delirant aparține psihiatriei franceze care, sub influența școlii lui MAGNAN și a elevului său LEGRAIN, îl dezvoltă prin lucrările lui HALBERSTADT, SAVRY, SERIEUX, TRAGOWKA, DUBLINEAU etc., reluate într-o manieră exhaustivă de către H. EY. Bufecele delirante ar acoperi, după concepția organodinamică, simptomatologia caracterizată prin alterarea structurilor temporo-spațiale ale relației Eu-Lume, într-un mod diferit de modul în care această de structurare se produce în stările maniaco-depresive sau în cele confuzionale, reprezentînd „un nivel intermediar”. O serie de termeni sînt considerați drept analogi cu cel de bufeu delirant, printre aceștia se pot enumera: psihoza delirantă acută, psihoza halucinatorie acută, stare oneiroidă (MAYER GROSS), experiență delirantă primară (JASPERS), schizofrenia acută, reacție schizofrenică, episod psihotic acut etc. Rolul terenului în apariția bufeului delirant a fost nu numai presupus, ci chiar postulat, încă de la introducerea conceptului fiind legat de acela mai larg, de degenerescență. Majoritatea autorilor sînt de acord asupra unei fra-

gilități psihologice deosebite a acestor subiecți. Dintre factorii de teren incriminați menționăm biotipurile astenolongilin și displastic, ereditatea psihiatrică încărcată, antecedente psihotice individuale notabile, personalitate premorbidă de tip dizarmonic (senzitiv, isteric, anxios etc.), biografie socio-profesională în dezacord cu datele și posibilitățile reale ale subiectului. Agenții etiologici declanșatori sînt slab precizați: factori reacționali accidentali, factori psihogeni, traumatisme cranio-cerebrale, factori toxinfecțioși, auto-intoxicații. Această enumerare arată că posibilitatea producerii unui bufe delirant este o modalitate de reacție nespecifică. Tabloul clinic al perioadei de stare, care urmează debutului bulor, este caracterizat de ideile delirante polimorfe cu caracter proteiform (LEGRAIN), nesistemizare, evoluind fie în registrul macromanic (tematică mistică, mesianică, erotică, de invenție), fie în cel micromanic (influență, posesiune, persecuție). Această tematică delirantă are o posibilitate extremă, modificîndu-și configurația ca dunele de nisip sub influența vîntului. Unii autori psihanalizști susțin proiecția în stare brută a unor fantome ale inconștientului, tematica ideilor fiind impregnată de conflicte preoediene și oediene. Depersonalizarea psihotică este resimțită ca o transformare a corpului în morfologie și, mai ales, în funcționalitate (SUTTER). Automatismul mental este constant prezent și pierderea intimității psihice și halucinațiile psihice contribuie la accentuarea derealizării. De asemenea, halucinațiile psihosenzoriale pot face parte din „blocul” halucinator care însoțește această stare. Pe plan afectiv, se poate nota o unitate între dispoziția subiectului și tematica delirantă, oscilînd între exaltare euforică și depresie. Dar, ca și în cazul tematicii delirante, se observă o fluctuație rapidă între cei doi poli ai timiei. Pe plan comportamental, se pot nota adesea acte medico-legale și, rar, tentative de sinucidere sau omucidere. Nu există un tablou umoral specific, iar dintre simptomele somatice pot fi amintite, de asemenea fără notă particulară, anorexie, insomnii, tulburări de tranzit digestiv, amenoree. Formele clinice se înscriu fie în contextul etiologic, fie în jurul unuia dintre simptomele care predomină (fabulații, halucinații, interpretativitate). Unii autori propun o împărțire în forme delirante afective și cu sistemizare tranzitorie (LA BOUCARIE, R. VALENCE). După etiologie, LEMPERRIÈRE și FELINE împart bufeele delirante în :

- primare, fără relație comprehensibilă cu un agent cauzal precis, care ar putea să apară la personalități dizarmonice

isterice, schizoide, pasiv dependente și la debili mentali ;

- psihogene sau reacționale care, după părerea unor autori, țin și de „aptitudinea de a delira” ;
- factori de agresiune encefalică (traumatici, infecțioși, vasculari, metabolici, endocrini, medicamentoși).

Dintre mijloacele terapeutice care trebuie mobilizate în fața acestei urgențe psihiatrice, menționăm :

- spitalizarea cu supraveghere continuă ;
- cura neuroleptică, în care este de preferat asocierea sedativelor cu incisivele ;
- tranchilizantele și hipnoticele au doar un rol complementar ;
- seismoterapia poate fi folosită cu bune rezultate, dacă episodul delirant se prelungeste ;
- tratamentul etiologic antiinfecțios, de dezintoxicare sau de tonifiere, va fi aplicat ori de cîte ori există o specificitate a etiologiei ;
- îngrijiri generale obișnuite: supravegherea pulsului, tensiunii arteriale, supravegherea alimentației și a hidratării normale, vitaminoterapie, susținere psihoterapeutică.

494. BUFEU — EEG ● Eveniment EEG constînd dintr-o succesiune de unde, ce diferă net de activitatea de fond a traseului, prin morfologie, amplitudine și prezență. Are un debut și un final brusc și este de scurtă durată ; poate fi unic sau repetat, prezent într-o derivație sau în toate → EEG.

495. BUFEURI (fr. bouffée) ● Modificări vasomotorii, traduse prin roșeața feței, a pielii gîtului și a părții superioare a toracelui, însoțite de senzație de căldură, de sufocări și transpirații abundente. Apar în preclimacteriu sau climacteriu fiziologic sau chirurgical. Se însoțesc de perturbări emoționale, de intensitate variabilă. Tratamentul indicat utilizează estrogeni, de obicei pe cale orală: (Stilbestrol).

496. BUGARD-SOUVORES-COSTE-VALA-DE-SALLE⁽⁹⁾ sindrom ● Descriș de autori, în 1953, este definit prin : astenie, excitabilitate crescută, hipotonie, cefalee și surditate progresivă lentă. Se întâlnește la personalul navigant din aviație, consecutiv zgomotelor și vibrațiilor.

497. BUHLER KARL (1879—1952) ● Psiholog american de origine austriacă. Studiază la München, Dresda, Viena, fiind un reprezen-

tant de frunte al școlii psihologice de la Würzburg. S-a preocupat, inițial, de studii experimentale al gândirii și limbajului, dezvoltând teoria celor trei funcții ale semnelor verbale, iar ulterior s-a ocupat și de domeniul psihologiei copilului, publicând mai multe lucrări, dintre care semnalăm: „Dezvoltarea spirituală a copilului” (1924), „Descrierea dezvoltării spirituale a copilului” (1930) sau „Teoria vorbirii” (1934). După 1938 s-a stabilit în S.U.A.

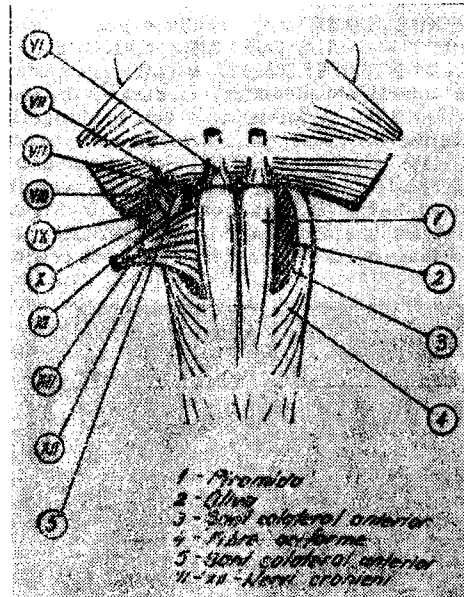
473. BUL — probă ● Probă imaginată de autor (1955), pentru a determina sugestibilitatea sau absența acesteia în cazul unui subiect. Subiectului i se dă să țină o piesă metalică, suspendată cu ajutorul unui fir de ață. Apoi, examinatorul „atrage” piesa cu ajutorul unui „magnet” (acesta este confecționat din lemn și colorat). La subiecții sugestionabili, piesa metalică va urmări „atracția” magnetică. Această probă își găsește utilitatea atunci când se pune problema unor terapii hipnotice.

499. BULĂ ISTERICĂ (cf. lat. *bulła* „băsică de aer, bulă”) — sin. GLOBUS HISTERICUS ● Senzație neplăcută de corp străin sau contracție laringo-faringiană (nod în gât) resimțită penibil de subiect. Prezentă, de obicei, în nevroza isterică, este insuficientă pentru a defini afecțiunea, putând fi resimțită și în hipocalcemie, labilitate psihică, imaturitate.

500. BULAHOVA⁽⁸⁾ *sindrom*] ● Descriș de autoare în 1892, sindromul se referă la dezvoltarea prematură a gândirii abstracte a copilului, în cadrul unei dezvoltări intelectuale rapide, dublată de o gravă întârziere în sfera emoțională și volitivă (redușă pină la forme instinctive), în apariția deprinderilor și a comportamentului adaptativ. Motricitatea este precoce afectată, asincronismul dintre dezvoltarea psihică și cea motorie putând fi observat din primele luni de viață. Patogeneza acestui sindrom nu este pe deplin lămurită, dar sînt incriminați factori ereditari și microlezionarii (organici).

501. BULB RAHIDIAN (cf. lat. *bulbus* „bulb”) — sin. MEDULLA OBLONGATA ● Formațiune anatomică aparținînd trunchiului cerebral, alături de punte și mezencefal, alcătuită din substanță cenușie, la nivelul căreia se realizează funcția de centru reflex, și substanță albă, la nivelul căreia se realizează funcția de conducere. În substanța cenușie a bulbului, se află nucleii senzitivi aparținînd nervilor cranieni glosofaringian, vag, trigemen, facial și vestibular, nucleii motorii aparținînd

nînd nervilor cranieni glosofaringian, vag, accesori și hipoglos, precum și nucleii vegetativi reprezentați de nucleul salivator inferior și nucleul dorsal al vagului, reprezentînd centrul mai multor reflexe viscerale. Tot la



nivelul bulbului se află centrul respiratorii, vasomotorii și cardiomoderatorii, precum și nucleii aparținînd căilor senzitive și motorii. La nivelul bulbului se închid multiple reflexe somatice și vegetative: reflexul de deglutiție, reflexele salivare excito-secretorii pentru glanda parotidă, reflexele gastro-, pancreato- și bilosecretorii, reflexele motorii digestive, reflexele cardioinhibitorii și unele reflexe vasomotorii. Principalele reflexe respiratorii se închid tot la acest nivel, unde se află centrul respiratorii primari, astfel încît o simplă înepătură la acest nivel poate produce moartea. Tot în bulb se află centrul vomei, centrul unor reflexe de redresare, postură și echilibru, aflați în relație cu alte etaje ale trunchiului cerebral, precum și structuri implicate în senzația de foame, sete, somn. Multiple sindroame patologice sînt declanșate de leziuni diverse la nivel bulbar, prin afectarea unuia sau mai multor nucleii ai aceluiași nerv sau aparținînd diversilor nervi cranieni, afectare care poate avea cauze traumatice, tumorale, inflamatorii sau legate de ramolismul bulbar, datorat unei leziuni arteriale, aterosclerotice sau sifilitice.

502. **BULBOCAPNIA** ● Drogul utilizat de H. H. de JONG în producerea experimentală a catatoniei.

503. **BULDOG**⁸ semn sin. → IANISEV-SCHI⁸ semn.

504. **BULIMIE** (cf. gr. *boulimia* „foame devorantă”) — sin. **ADEFAGIE** ; **CYNOREXIE** ; **ECLIMIE** ; **HIPEROREXIE** ● Tulburare a comportamentului alimentar, tradusă prin senzația excesivă de foame, cu nevoia unei ingestii excesive de hrană, neurmată de senzația de sațietate (foame insașabilă). Este o tulburare care poate fi cronică, poate surveni periodic sau în bufee. Bulimia poate avea ca origine tulburări metabolice (diabet, obezitate, de aport) sau dezordni diencefalice. Cea de origine



Gustave Doré

psihică apare frecvent în sindromul demential, ca urmare a eliberării pulsioniilor instinctive de sub controlul instanțelor superioare. În 1885, **MAGNAN** descrie siteomania, — ca simptom (relativ rar) al psihozei maniaco-depresive sau în cadrul sindroamelor obsesiv-impulsive —, constind dintr-o nevoie impe-

rioasă de a ingera cantități crescute de alimente, exces față de care subiectul manifestă o atitudine critică. **FREUD** numea această impulsivitate „angoasa de a muri de foame” și o considera o regresie la un stadiu de obicei pregenital, asociată cu trăsături ce aparțin erotismului anal.

Opsomania este o bulimie selectivă, îndreptată spre dulciuri. **STUNKARD** descrie, în 1955, sindromul hiperfagiei nocturne, al insomniei cu anorexie matinală. Bulimia apare în depresia nevrotică sau psihotică, dar mult mai rar decât inapetența, care este patognomică depresiei. A fost interpretată ca fiind o „apărare contra depresiei”, o „recuperare afectivă orală”, un mod de luptă împotriva depresiei și angoasei. **S. RADO** apreciază că bulimia ar avea un caracter toxicomanic, referindu-se la acea stare de nevoie imperioasă, ce necesită satisfacere imediată, care, dacă nu este obținută, determină recăderea în depresie, anxietate, punct de vedere susținut și de **S. MACH** și **R. RACAMIER** (1959).

Bulimia poate avea aspect accesual, atunci când etiologia ei este de natură organică (hipoglicemie, aura epileptică) sau cu evoluție cronică ori în pusee durind câteva zile, urmate de un interval liber, în care se fac diete de slăbire. Aceste pusee pot fi datorate unor situații frustrante, dar nu întotdeauna. Dorința imperioasă de a ingera excesiv alimente a fost descrisă la femeile frigide, după un act sexual ratat. Bulimia poate fi și un mijloc de descărcare a agresivității sau poate face parte din comportamentul maniacial.

505. **BUMERANG** — efect (fr. *boumerang* ; engl. *bumerang* ; împrumutat din limbajul indigenilor din Australia) ● Rezultat al unei acțiuni sau al unei comunicări, contrar celui scontat. **HOVLAND** folosește acest termen (inadecvat, după opinia lui **PIÉRON**) vrind să sugereze asemănarea cu celebra armă a indigenilor australieni, care se întorcea la cel care a lansat-o. Un „efect bumerang” se poate întâlni uneori în psihoterapie sau în terapia antidepresivă. De asemenea, unele internări în stadii ale bolii care nu necesitau neapărat această măsură pot fi urmate de efectul bumerang. Termenul este folosit și în psihologia socială, ca descriere a respingerii prin „intoxicație” a unor mijloace de propagandă, obținându-se exact efectul contrar celui dorit.

506. **BUMKE**⁸ semn ● Absența a midriazei la emoții puternice sau pericol. A fost evidențiată de **I. BUMKE**, în 1903, în schizofrenie și a fost inițial interpretată drept unul dintre

semnele bolii, fapt neconfirmat în timp, intrucit se întâlnește și la subiecți sănătoși. Pare a fi o perturbare a sistemului nervos vegetativ simpatic.

507. **BUNĂ-CUVIINȚĂ** ● Componentă civico-morală a comportamentului individual în relațiile cu semenii, expresie și rezultat al influențelor educaționale din primii ani de viață, exprimată printr-o serie de atitudini axiologice, ca politețe, solicitudine, înțelegere, sinceritate și răbdare, manifestate față de ceilalți, indiferent de vîrsta sau sexul acestora sau de împrejurările de viață. Reprezintă un gen de „carte de vizită” a unui om în fața celorlalți, care se extinde, de la aspectul vestimentar și mimico-expresiv, la aspectele mai puțin vizibile și de conținut moral-uman, care caracterizează o persoană bine educată, în raporturile cu ceilalți. Deși la prima vedere nu i se dă atenția cuvenită, are o mare importanță în psihiatrie, prezența ei putînd masca o perioadă de timp, ca și în cazul instrucției deosebite a subiectului, trăsături de personalitate, elemente deteriorative și intensitatea unor tulburări psihice.

508. **BUNĂTATE** ● Termen cu accepțiuni morale, estetice, afective, calificînd ființe, lucruri, sentimente.

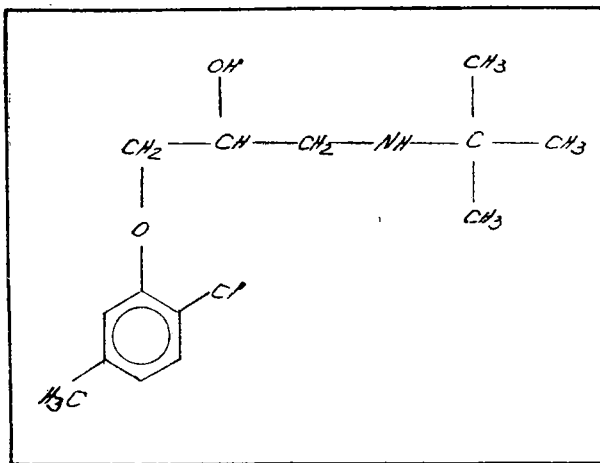
Din punct de vedere psihanalitic, bunătatea, ca trăsătură de caracter, poate rezulta din: mecanismul formațiunii reacționale (bunătate reacțională a agresivului) și din identificarea cu obiectul și din judecata de condamnare a tendințelor agresive, egoiste. Demistificarea noțiunii se întâlnește la NIETZSCHE, în „Genealogia moralei”.

509. **BUPRANOLOL**^(DCI) ● Derivat aminic benzonitrat de tip 1-(tert-butilamino)-3-(6-clor-m-tolil)oxi-2-propanol, indicat în anxietate, sindrom cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiu activ al următorilor betablocanți: BETADRAN^(M) Franța BETADRENOL^(M) R.F.G. LOOSER^(M) Japonia MONOBEITIN^(M) Argentina PANIMIT^(M) R.F.G.

510. **BURCKHARDT** Gottlieb (1836—1907)

● Creatorul psihochirurgiei. Studiază medicina la Basel, Berlin și Göttingen, și devine medicul Azilului de alienați din Waldau, unde începe studiul fiziologiei circulației sanguine a creierului, cercetări ce vor fi continuate de BERGER. Adept al localicismului și organicității, considera că orice tulburare psihică își are un corespondent organic cerebral, în cazul bolilor mintale incurabile, singura soluție fiind cea chirurgicală. În 1889, face prima intervenție psihochirurgicală (deși nu avea o pregătire chirurgicală) pe un bolnav de schizofrenie de 54 de ani, care supraviețuiește. Va mai efectua, în cîteva luni, încă 5 intervenții, rezultatul fiind comunicat la al X-lea Congres Internațional de la Berlin, la finele anului 1890: trei ameliorări (relative), un suicid și un deces postoperator. Experiența nu are ecou și va trebui să treacă o jumătate de secol pentru a fi reluată de EGAS MONIZ, cu rezultate, din păcate, la fel de neconcludente.

511. **BURONIL**^(M) Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Spania — DCI Mefperonă ● Neuroleptic sedativ, derivat butirufenonic de tip 4'-fluoro-4-(4-metilpiperidin) butirufenonă, indicat în agitație psihomotorie, confuzie, dezorientare, cu valențe anticonvulsivante, ceea ce îl indică în stările psiho-



patoide epileptice. Efectele secundare sînt însă de tip incisiv (mai puțin în obezitatea secundară NL incisive) → BUTIROFENONE.

512. **BURQ** Victor-Jean (1822—1894) ● Este creatorul „metaloterapiei”, concepție ce are la bază ideea că fiecărui tip de temperament i-ar corespunde un metal, ce poate fi identificat

(metaloscopie) și care, odată descoperit și aplicat tegumentar, ar duce la vindecarea bolii respective. Cuprul i-a dat, se pare, autorului cele mai bune rezultate. În 1851, în timp ce lucra la Hotel Dieu, publică lucrarea „Nouvelle doctrine et nouveau traitement des maladies nerveuses” (paralizia, isteria, hipochondria, migrena, depresia, nevralgii, spasme, convulsii). Totuși, nu aceste aspecte sînt cele mai interesante la acest prodigios autor, ci mai ales, opinia lui CLAUDE, BERNARD, CHARCOT, LUYE și PALLIER, care au apreciat favorabil metoda.

513. BURROWE George Mann (1771—1846) ● Deși chirurg, în 1815 se decide să se dedice studiului bolilor mintale, oprindu-se asupra maladiei Bayle (PGP). Din 1820, începe să publice o serie de lucrări, dintre care: „Studii asupra unor erori relative la bolile mintale și asupra consecințelor morale și legale” și „Comentarii asupra cauzelor, formelor, simptomelor și tratamentului nebuniei” au fost considerate cele mai bune tratate de psihiatrie din Anglia, în acea epocă.

514. BURTON Robert (1577—1640) ● Este considerat autorul primei enciclopedii psihiatrice din lume, publicată, în 1621 sub pseudonimul DEMOCRITUS Junior: „The Anatomy of Melancholy what it is with all the Kinds of Causes, Symptoms, Prognostics and several Cures of it”. Această carte a fost editată în cinci ediții în timpul vieții lui BURTON, în trei ediții în secolul al XVII-lea și a fost redescoperită în secolul al XIX-lea. Ceea ce este interesant la BURTON este că, fiind el însuși suferind psihic, își descrie boala astfel: „ceea ce alții au citit și au auzit, eu am suferit și practicat eu însumi”. BURTON a avut preocupări astrologice, judiciare, asupra factorilor ereditari și a influenței pe care experiențele din copilărie le au asupra apariției melancoliei.

515. BUSPIRONĂ ● Principiu terapeutic recent descoperit, cu efecte anxiolitice certe și mecanism de acțiune încă necunoscut, dar care se presupune că este legat de sistemul dopaminergic. Nu are efecte sedative, nu este un relaxant muscular și nu dă dependență. BUSPIRONA nu potențează efectele alcoolului și este primul anxiolitic cu efecte serioase care nu dezvoltă fenomene de dependență, nici în administrării îndelungate.

516. BUTAPERAZINA^(M) Mexic — DCI Butaperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinalkifenotiazinic de tip 1-10-13-14-

metil-1-piperazinil/propil/fenotiazin-2-il/-1-butanonă, cu acțiune asemănătoare cu a TRI-FLUOPERAZINEI, avînd însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar, din păcate, și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

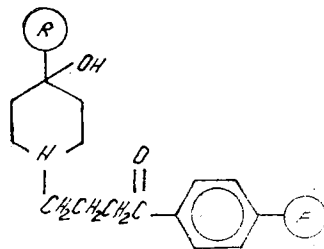
517. BUTIDRINE^(DCI) ● Betablocant de tip α -(sec-butilamino)metil-5,6,7,8-tetrahidro-2-naftalinmetanol, cu acțiune anxiolitică, constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

BETABLOC^(M) Elveția, Spania
RECETAN^(M) Italia
→ BETABLOCANTE.

518. BUTRYPHTILINE^(DCI) ● Derivat dibenzocicloheptanic de tip DL-10,11-dihidro-N,N, β -trimetil-5H-dibenzo[a,d]cicloheptan-5-propilamină, indicat în depresii de intensitate variabilă (efectul terapeutic obținindu-se în funcție de dozaj), cu o bună toleranță. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici cu acțiune antidepresiv-timoleptică:

CENTROLYSE^(M) Argentina
EVADENE^(M) Italia
EVADYNE^(M) Anglia, S.U.A.
EVASIDOL^(M) Austria
→ TIMOLEPTICE.

519. BUTIROFENONE ● Grupare de substanțe psihotrope, aparținînd fenotiazinelor, cu acțiune sedativă și halucinolitică și efecte secundare marcate. Au fost sintetizate în



1956, de JANSSEN, și introduse în terapia psihiatrică de DIVRY, BOBON și CALLARD, în 1958.

Deși efectul antipsihotic a fost confirmat de majoritatea cercetătorilor încă de la început,

În timp s-au adunat suficiente date pentru a evidenția și un efect sedativ incontestabil. Curent etichetate drept neuroleptice incisive, butirferențele ridică încă probleme în ceea ce privește încadrarea lor, situație care a făcut ca ele să fie considerate drept o categorie aparte de fenotiazine: în sensul acțiunii lor — drept o fenotiazină alifatică (tip Levomepromazina), în sensul efectelor secundare — drept o fenotiazină piperazinată (tip Majeptil), fapt ce ar putea explica de ce unii le consideră drept neuroleptice incisive (cei care au în vedere, în primul rînd, efectele lor secundare), și de ce alții le consideră neuroleptice sedative (cei care au în vedere, în primul rînd, acțiunea lor). Acest fapt se datorește acțiunilor diferite a celor 11 tipuri de substanțe care alcătuiesc clasa, acțiune care este predominant incisivă pentru unii produși și predominant sedativă pentru alții.

La un pol se grupează produși cu acțiune predominant antipsihotică, reprezentați de:

- *Spiiperone*^(D.C.I.): SPIROPERIDOL^(M) Belgia, SPIROPITAN^(M) Japonia
- *Moperone*^(D.C.I.): LUVATREN^(M) Elveția, R.F.G.; MEPIROL^(M) Belgia.
- *Trifluoperidol*^(D.C.I.): PSICOPERIDOL^(M) Suedia; TRIPERIDOL^(M) Franța, R.F.G.; TRISEDYL^(M) Ungaria, U.R.S.S.
- *Haloperidol*^(D.C.I.): HALDOL^(M) Franța, R.F.G.; HALOPERIDOL^(M) R.D.G., Ungaria; SERENACE^(M) Anglia.

La celălalt pol se grupează produși cu acțiune predominant sedativă, hipnotică și chiar anticonvulsivantă:

- *Benperidol*^(D.C.I.): ANQUIL^(M) Anglia; FRENACTIL^(M) Belgia, Franța; GLI-ANIMON^(M) R.F.G.
- *Pipamperone*^(D.C.I.): DIPIPERON^(M) Franța; PIPERONIL^(M) Italia; PROPITAN^(M) Japonia.
- *Lenperone*^(D.C.I.): ELANONE^(M) S.U.A.; LENPEROL^(M) Brazilia.
- *Fluanisone*^(D.C.I.): HALOANISONE^(M) Belgia; SEDALANDE^(M) Elveția, Franța, R.F.G.

- *Bromperidol*^(D.C.I.): AGOSTINE^(M), AZUREN^(M), CONSILIUM^(M) Belgia; IMPROMEN^(M) Olanda.
- *Melperone*^(D.C.I.): BURONIL^(M) Austria, Belgia, Spania; ENERPAN^(M) R.F.G. (și anticonvulsivant).
- *Droperidol*^(D.C.I.): DRIDOL^(M) Suedia; DROLEPTAN^(M) Anglia; DROPERIDOL^(M) U.R.S.S.; HALKAN^(M) Franța; INAPSINE^(M) S.U.A.; NEUROLIDOL^(M) Israel; SINTODIAN^(M) Italia (și neuroleptanestezic).

520. **BUTTEN-SPIELMEIER-VOGT**^(B) boală — sin. OTMAN^(B) boală; SPIELMEIER-STOCK^(B) boală; STOCK-SPIELMEIER-VOGT^(B) boală ● Idioteție amaurotică, cu debut juvenil (6—10 ani) și desfășurare lentă progresivă a procesului de demențiere, însoțit de scăderea progresivă a vederii (retinită pigmentară). Se poate asocia cu tulburări de tip epileptic. Tabloul clinic al subiecților a căror supraviețuire nu depășește deceniul trei al vieții, se caracterizează prin apat-abulie, sărăcie a limbajului, tulburări tot mai grave ale atenției, memoriei și capacității de judecată. Transmiterea acestei boli se face recesiv autosomal, iar etiologia este legată de tulburările metabolismului lipidic, în care deficitul pigmentilor peroxidazici pare a fi factorul cel mai important.

521. **BUYSE-DECROLY**^(T) test ● Baterie de inteligență și cunoștințe pentru nivelul școlar primar, elaborată de cei doi autori cuprinzînd serii de imagini din scara Borel-Maisonnay, testul Goodenough sau testul Fay și figuri complexe ce urmează a fi copiate. Testul pune în evidență particularitățile adaptării copiilor de 6—7 ani la exigențele sarcinilor școlare și permite depistarea precoce a dislexiei.

CCCCCCCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCC CCCC
 CCCCCCCCC

1. **CABANIS George (1757—1808)** ● Medic și filozof, rămas în istoria psihiatriei atit prin propriile contribuții, cit și prin elevul său PINEL, putind fi considerat drept unul dintre precursorii nervismului științific. Principala sa lucrare, „Traité sur le rapports du psysique et du moral de l’homme”, este deseori citată, la începutul secolului al XIX-lea, pentru ideile originale și interesante pe care le promovează, dintre care cităm : „Pentru ca să ne formăm o idee justă despre operațiile din care rezultă gândirea trebuie să considerăm creierul drept un organ special a cărui menire specifică este să producă gândire, întocmai cum stomacul și intestinul au menirea să digere, ficatul să filtreze bila, parotidele și glandele maxilare și sublinguale să producă scurile salivare” (Memoriul II), cu mențiunea că nu tot ce pare simplu și banal azi, a fost așa dintotdeauna. Preocupat de stabilirea cauzelor bolilor psihice, CABANIS afirmă : „Teoria delirurilor sau a nebuniei și compararea tuturor faptelor pe care le îmbrățișează această teorie, trebuie să arunce destulă lumină asupra raporturilor dintre starea fizică și starea morală, asupra formării gândirii însăși și a bolilor subiectului” (Memoriul I).

2. **CABINET/SERVICIU DE PSIHIATRIE** din dispensar policlinic (fr. cabinet) ● A reprezentat, pînă la apariția LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, singura formă de asistență mintală de specialitate psihiatrică de tip ambulator. Organizat identic cu restul cabinetelor de specialitate din dispensarul policlinic, cu activitatea axată în special pe asistența curativă, supraaglomerat și uneori insuficient dotat și încadrat, nu a reușit să realizeze întotdeauna o depistare activă și precoce și să supravegheze tratamentul de întreținere și evoluție a bolii, ceea ce a condus la o slabă supraveghere a teritoriului și la supraaglomerarea spitalului de psihiatrie care, la rîndul său, a fost obligat să reducă durata de

spitalizare și astfel să se realizeze un cerc vicios, pe care LSM a avut menirea de a-l întrerupe. În momentul de față în asistența ambulatorie există ambele forme de unități, atit LSM cit și cabinete de specialitate, urmînd ca acestea din urmă să fie înlocuite treptat prin LSM.

3. **CABOTINISM** (cf. fr. cabotin) ● Tendința unor subiecți de a se face remarcați printr-o atitudine teatrală, printr-o gestică exagerată, falsă. Subiectul caută să capteze întreaga atenție asupra sa, „ingroșînd” atitudinile pe măsură ce reușește acest lucru. Se întilnește la personalitățile isterice, în manie, la unii adolescenți.

4. **CACO-** (cf. gr. kakos „rău, sordid, defectuos”) ● Element de compunere, exprimînd sensul de dezagreabil, fetid, putred.

5. **CACODEMONOPATIE** (cf. caco- și gr. daimon „divinitate” și pathos „încercare, experiență”) — sin. **DEMONOPATIE INTERNĂ** — **ESQUIROL (1838)** ● Termen puțin utilizat ce definește convingerea delirantă a subiectului că este posedat de forțe demonice (diavol). Se întilnește în delirurile hipocondriace, melancoliile delirante, demențe. LHÉRMITTE a publicat trei cazuri de delir demonopatic la subiecți cu encefalită epidemică în antecedente. Demonopatia internă trebuie diferențiată de demonopatia externă (formă de delir cronic în care bolnavul „vede” (demonul) și de demonomania lui FODÉRÉ (delir de damnație).

6. **CACOFONIE** (cf. caco- și gr. phone „voce, limbaj, manieră de exprimare”) ● Formă de disfonie — și nu de balbism —, constînd în alăturarea unor silabe sau grupuri fonetice, care creează sonorități dezagreabile. Poate fi expresia unui limbaj subcultural, a scăderii controlului în stări de oboseală și de tensiune

marcată sau o formă de exprimare în cazul oligofreniei.

7. **CACOGĒUSIE** (cf. *caco-* și gr. *geusis* „gust”) ● Senzație de gust rău, dezagreabil, înțilnită, de obicei, în afecțiunile psihosomatice, nevroze, epilepsie (de obicei, ca aură).



Émile Bernard

8. **CACOLALIE** (cf. *căco-* și gr. *lalein* „a vorbi”) ● Tulburare a comunicării verbale constând dintr-un limbaj agramat, în general neinteligibil, în care apar și se percep frecvent cacofonii. Este înțilnită în oligofrenie, schizofrenie, demențe. Păstrând caracterul agramat, dar cu o notă mai inteligibilă, fenomenul poate fi înțilnit și în cazul subiecților cu nivel subcultural.

9. **CACOPATIE** (cf. *caco-* și gr. *pathos* „încercare, experiență”) ● Termen hipocratic — în prezent neutilizat — prin care erau definite tulburările mintale severe.

10. **CACORAFOBIE**^(R) (cf. gr. *kakarrphein* „a urzi planuri rele” și *phobos* „frică”) → **KAKORAFOBIE**^(R).

11. **CACOSMIE** (cf. *caco-* și gr. *osme* „miros”) ● Perceperea unui miros fetid. Poate constitui

un fenomen halucinator — halucinații olfactive (SIVADON), producându-se în afara oricărei explicații senzoriale, sau poate fi obiectivă, determinată de o afecțiune nazală, perinazală, dento-bucală, gastro-intestinală etc.

12. **CACOSOMNIE** (cf. *caco-* și lat. *somnus* „somn”) ● Imposibilitatea adormirii având drept rezultat un somn lipsit de calitate și termenul nu se mai utilizează, deși inițial a circulat concomitent cu cel de **AGRIPNIE**, pentru a fi înlocuți amândoi prin **INSOMNIE**.

13. **CACOTENOFOBIE**^(R) (cf. *caco-* și *phobos*) — sin. **PETOFOBIE**^(R) ● Teamă morbidă, nejustificată, de a nu te face de rîs în fața celorlalți, datorită unor deficiențe (mici scăpări) ale controlului sfincterian. Rar înțilnită (schizofrenie, nevroză obsesivo-fobică) nu trebuie confundată cu teama oarecum justificată a bătrînului său a suferindului.

14. **CACOTIMIE** (cf. *caco-* și gr. *thymos* „spirit”) ● Termen ieșit din uz, care își propunea să desemneze orice afecțiune mintală cu modificări sau tulburări ale conduitei morale.

15. **„CAFARD”** (fr. *cafard* și cf. arab. *kafir* „părăsit, renegat”) ● Termen introdus de HOUT și VOIVENEL, în 1919, cu ocazia unui studiu privind starea psihică a soldaților de origine africană înrolați în armata franceză, în cursul primului război mondial, pentru a delimita starea psihică a celui îndepărtat de locul său natal, de obiceiurile sale, silit să trăiască într-o lume nouă, pe care o percepe negativ, fără ca aceasta să-i fie obligatoriu ostilă și sindromul este o combinație de tristețe, nostalgie, inutilitate, inactivitate, teamă. Autorii au descris adevărate raptusuri depressive în care, în cazul dat, le-au numit „coups de cafard”. Deși acest sindrom este prezent și descris în cazul deznădăcăniților, emigranților (fenomene sociale de mare actualitate), termenul propus de HOUT și VOIVENEL nu a avut succes, nefiind utilizat.

16. **CAFEA/CAFEINĂ** (turc. *kahvé* și arab. *quahwa*) ● Semințele produse de fructul „arboresului de căfea” (cafea arabica) și plantă tropicală originară din Africa de Nord (Abisinia) și băutura preparată din aceste semințe (cafea boabe), care a intrat în uzul europenilor începînd cu secolul al XVIII-lea fiind în acele timpuri o băutura pentru privilegiați. Căfeaua constituie astăzi, împreună cu nicotina, cele mai cunoscute și răspindite psihostimulente dintre acele zise „minore”. Din boabele de căfea se obțin, prin extracție chimică, un alca-

loid (cafeina) și o substanță aromatică. În 1927, L. LEWIN includea cafeaua, alături de tutun și betel, în cadrul grupei "excitantia", de stimulente psihice. În zilele noastre este socotită a face parte din grupa noanalepticilor (neurostimulenților sau psihoenergizantelor) sistemului nervos, principiul activ fiind cafeina (care se mai găsește și în ceai, cacao, mentă și nuca de cola). După autorii francezi, o ceașcă obișnuită de cafea poate conține de la 0,10—0,30 g cafeină, dar autorii americani sînt mai rezervați (beau o cafea mai diluată), apreciind la 0,10—0,15 g de cafeină/ceașcă, jumătate de cantitate în ceai, iar în coca-cola o treime.

Ca și celelalte componente ale grupei noanalepticilor, cafeina se caracterizează prin efectul de creștere a motricității și a activității generale (fără a ajunge la faza de incoordonare), antagonizare ușoară a hipnoticilor și prin absența unui efect important asupra sistemului nervos vegetativ.

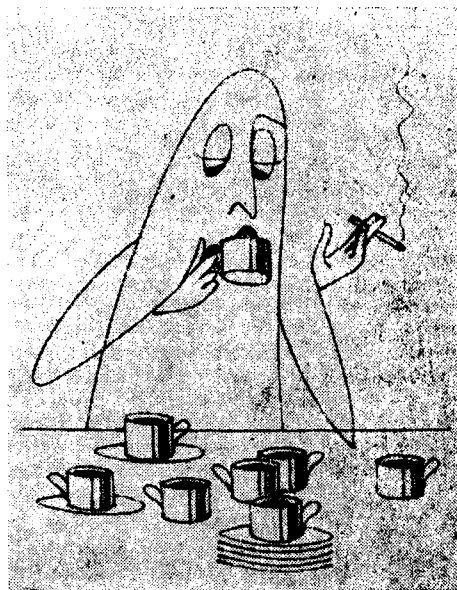
Specificul cafeinei, care din punct de vedere chimic este o trimetilxantină, este efectul preponderent asupra sistemului nervos central. Mecanismul de acțiune este direct, la nivel cortical, la acesta adăugându-se o inhibiție a sistemului talamic de relaxare. Determină creșterea sintezei adrenalinei în creier. Cortexul senzorial este primul și cel mai puternic stimulant, mărirea dozei determinând extinderea acțiunii la cortexul motor, la bulb și măduvă. Efectul produs de doze slabe sau moderate este căutat pentru creșterea vioiciunii spirituale, a productivității pe plan intelectual, ca și în prevenirea modificărilor produse de oboseala musculară, de privarea de somn (efect antinarcotic) sau indispoziție (chiar plictiseală). Stimularea psihică durează în medie 6—8 ore. Musculatura striată este stimulată prin acțiune directă și prin mecanism central. La nivel respirator are acțiune eupneizantă, asupra aparatului cardiovascular produce efecte vasomotorii complexe și inotrop pozitive. Crește secreția clorhidroptică și facilitează aterogeneza.

Administrarea excesivă provoacă insomnii, anxietate, cefalee, tremurături, agitație, tulburări vizuale, tahipnee, piroziz, creșterea diurezei. La nivel celular, are loc inhibiția fosfodiesterazei, responsabilă de inactivarea AMP-ciclic implicat în activitatea receptorilor adrenergici: astfel, AMP-ciclic constituie, prin creșterea activității sale, suportul activării adrenergice. Cu toate acestea, ca și alte psiho-stimulente, cafeina nu și-a dovedit calitățile unui adevărat antidepressiv, nefiind eficientă în cazul bolnavilor cu depresie endogenă.

Indicații: cafeina, alături de antialgice barbiturice, săruri de brom, este un component frecvent al rețetelor magistrale de mare succes în tratamentul nevrozelor. Rolul antimigrenos și-l exercită în asociere cu analgezice sau ergotamină. Efectul stimulant central este folosit în subnarcoza barbiturică, pentru obținerea dezinhibiției în scop terapeutic. Doze mici de cafeină sînt utile în tratamentul narcolepsiei. Sub forma cafeinei natriu benzoice se întrebunțează în intoxicația acută cu alcool, insuficiența circulatorie acută centrală.

17. CAFEISM (fr. *caféisme*) — sin CAFE-NISM ● Stare de intoxicație provocată prin introducerea în organism (de obicei, prin ingerare) a diferitelor substanțe care conțin cafeină (cafea, ceai, răcoritoare de tip „cola”, cacao, ciocolată, unele medicamente anti-algice etc.).

Cafeismul acut — adevărată beție cu cafea — este gravat fie de situația depășirii dozelor uzuale (se apreciază la peste 250 mg cafeină/zi), fie de sensibilitatea specifică individului pentru



această substanță. Se manifestă prin neliniște, stare de excitație cu scăderea fixării atenției, ușoară fugă de idei, insomnie, roșeața feței, creșterea diurezei, palpitații, tulburări vertiginose, midriază. Depășirea unei cantități de 1 g% pe zi face posibilă instalarea convulsiilor, a insuficienței respiratorii și chiar a exitusului,

De obicei, primele două forme cedează spontan la cel mult 24 de ore după întreruperea administrării drogului.

Cafeismul cronic — apare printr-un consum de lungă durată, la intervale scurte, a unor cantități mici de cafea. Se exteriorizează, pe plan somatic, prin cefalee intensă și rebelă la tratament, tremurături ale extremităților, tulburări parestezice, palpitații, diverse tulburări digestive. Pe plan psihic, primul semn evident este insomnia, asociată în unele cazuri cu elemente onirice, care implică realizarea unei treziri ușoare; latura afectivă este perturbată în sensul creșterii instabilității și iritabilității; au fost descrise adevărate episoade delirante acute (cu conținut afectiv paranoic de tip confuzional) — „cafeinice“, care trebuie privite însă cu rezervă, nefiind exclus să fie vorba de subiecți ce erau deja bolnavi psihic (HENYER și BOREL). S-a încercat (POROT) și descrierea unui sindrom de automatism mental la femei aflate în jurul vârstei de 45 de ani. În ceea ce privește frecvența acestui tip de intoxicație, datele sînt neconcludente, putîndu-se preciza cu certitudine doar că se întîlnește mai des la femei (spre deosebire de alcoolism, care rămîne, totuși, apanajul bărbaților). Asocierea cu alcoolismul este uzuală, probabil prin mecanismul lor antagonic sau sinergic, în momente distincte ale fazelor de intoxicație specifică; s-a observat că folosirea cafelei facilitează chiar declanșarea delirului subacut sau acut alcoolic. Problema consumului de cafea nu trebuie supradimensionată, ci trebuie avut în vedere doar excesul sau așa-zisa „dependență“ la cafea.

18. CAFIDE^(M) Franța — DCI *Butofilolol*
● Betablocant de tip (±)-2'-β-(tert-butilamino)-2-hidroxi-propiloxi-5'-fluorobutirofenonă indicat în anxietate cu determinări somatice, distonii neurovegetative, alcoolism, sevraj de diferite cauze, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu se asociază cu MAO → BETABLOCANTE.

19. CAFILON^(M) Austria, Elveția, Franța, R.F.G. ● Produs terapeutic psihostimulent, conținînd două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează. Este compus din: PHENMETRAZINA și PHENBUTRAZATE, ambele noanaleptice derivate feniletilaminice. Are o acțiune psihostimulentă marcată.

20. CAFRON^(M) Anglia — DCI *Benactizină*
● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilic, cu acțiune anxio-

litică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Este necesar să se cunoască acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

21. CAID (*caid*; cuvînt împrumutat din arabă, unde are sensul de „șef“) ● Termen desemnînd în literatură de limbă franceză o persoană tiranică, în special în familie, cel mai adesea fiind vorba de un copil răsfățat sau de o personalitate dizarmonică. Nu rareori, situația este generată încă de prezența unui nevrotic (în special femeie), a unui paranoiac sau a unui hipocondriac (în special, la vîrstnici), care devine un caid în adevăratul sens al cuvîntului: de guvernator tiranic.

22. CAIN — complex (Personaj biblic, CAIN, fiul lui Adam și al Evei; era plugar, iar fratele său mai mic, Abel — păstor. Ambii frați aduc jertfe lui Dumnezeu, care primește cu mai multă plăcere jertfa lui Abel. În CAIN se nasc sentimente de ostilitate și gelozie care îl determină să-șiucidă fratele) ● Termenul aparține psihanalizei și desemnează acel complex care are la bază rivalitatea fraternală, parțial sau total inconștientă și se manifestă, după psihanalisti, prin sentimentele de ostilitate ale fratelui mai mic față de primul născut din familie sau ale fratelui mare față de al doilea născut, resimțit ca rival și amenințînd să centreze dragostea parentală. Psihanaliza consideră că această ostilitate și gelozie sînt, într-o anumită măsură, reacții firești ale naturii umane și reprimarea nu înseamnă anularea lor, fiindcă ele se vor manifesta în forme mai mult sau mai puțin intenșe. Apariția unui alt copil în familie provoacă, la primul născut, teama inconștientă că ar putea pierde afecțiunea mamei, teamă care generează sentimente de gelozie, ca efect al refuzului de a-și împărți dragostea maternă.

Gelozia, la rîndul ei, provoacă manifestări comportamentale agresive, fie față de noul născut, obiect al geloziei, fie față de alte obiecte, substitute ale nou-născutului. Uneori, rivalitățile fraterne pot determina modificări caracteriale, care au la origine nu numai rivalitatea ca atare, ci și pozițiile membrilor cuplului parental față de atitudinile de rivalitate dintre frați sau față de copii, în mod diferențiat (de pildă, gratificații afective acordate, în special, unuia dintre copii). Tulburările generate de rivalitatea fraternală se manifestă frecvent ca simptome nevrotice. Psihanaliza consideră că, în măsura în care lucrurile nu evoluează în sens patologic, se păstrează totuși

Intre frați reminiscențe ale rivalității infantile, pe care ei înșiși le justifică prin diverse argumente raționale (de exemplu, ei spun: „sintem foarte diferiți” sau „fratele meu are cu totul alt caracter” sau „ne iubim mult,



Salvatore Rosa

dar nu ne înțelegem unul pe altul”). ADLER observă că, în diverse familii, copilul cel mai mare devine autoritar și conservator, al doilea revoltat, iar al treilea, dacă este ultimul, are șanse să fie leneș sau original, dezvoltând o mare ambiție. Transformările rivalității fraternelne se pot finaliza în atitudini sociale. FREUD afirmă că relația de gelozie fraternă

se rezolvă încetul cu încetul (mai ales în condițiile în care părinții manifestă o iubire egală pentru toți copiii), ajungându-se la o identifiere între toți frații și formându-se, spontan, un sentiment de comunitate și se naște de aici o primă exigență socială, aceea de justiție (revendicarea egalității, tratament egal pentru toți: neputând fi primul și preferatul, copilul renunță la a câștiga un privilegiu și în schimb, cere ca nimeni să nu fie favorizat în mod special). CH. BAUDOIN comentează faptul că justiția și fraternitatea se bazează, în mod paradoxal, pe egoism, rivalitate, ostilitate și justiția și fraternitatea ar fi deci axiome sau formule ale unui cod moral, care reglează conduitele sociale în favoarea tuturor. „Dincolo de justiție, fie că vrem sau nu, trebuie să recurgem la un alt mare principiu social, acela al „clarității” și al iubirii. Dar iubirea nu-și are originea în fraternitate, ci este generată de sentimentele filiale” și prin aceste considerații BAUDOIN face trimiterea la complexul Oedip. În ceea ce privește complexul de rivalitate fraternă (CAIN) și toate celelalte complexe, psihanaliza încearcă o explicație a manifestărilor vizibile, observabile, în mare măsură determinate social prin însușirea unor coduri morale, explicație în cadrul căreia se operează cu noțiunea de inconștient, de motivație profundă, specificul proceselor inconștiente constind, între altele, în faptul că ele apar indirect, deghizat, întrucât condiția umană la nivelul vieții sociale implică o respectare a regulilor sociale, o instrumentare a ființei umane, pentru a suporta și a face suportabilă relația cu celălalt, necesară individului, fie că el se cunoaște sau nu.

Ceea ce trebuie să recunoaștem, constituie o explicație, după cum și faptul că diferența de vîrstă dintre frați, corelată cu lipsa de înțelegere reciprocă a problematicei fiecăruia, poate fi o altă explicație, ambele fiind la fel de greu de argumentat ca și de combătut. Cea de a doua însă are mai multe șanse de a explica de ce, cind considerentele amintite dispar (diferența în ani se estompează în timp și gradul de înțelegere crește în timp), frații „uită” de complexe și ajung să se înțeleagă atât de bine.

23. CAINOFOBIE^(F) (cf. gr. kainos „nou” și phobos „frică”) – sin. CAINOTOFOBIE^(F), NEOFOBIE^(F) ● Teamă maladivă de înnoiri, de transformări, de schimbări. Dintre mecanismele ce pot genera această „falsă fobie”, sint de menționat, în primul rînd, o scădere a proceselor adaptative, o lipsă de informare cores-

punzătoare, o tendință de comoditate, o creștere a inerției. Este necesar să se facă însă distincție între teama de nou, ca fobie, și teama de nou determinată de scopul de a nu pierde avantajele „vechului sau prezentului” și diferența de sens și motivație între cele două aspecte este elucidată prin opoziția dintre teama nejustificată și teama justificată:

24. CAIRNS^(S) *sindrom* ● Tulburare caracterizată prin pierderea inițiativei motorii și mutism complet, care apare în tumorile ventriculului III, în raport direct cu volumul acestora. Sindromul de mutism akinetic a fost descris de alți autori și în alte circumstanțe lezionale: intoxicația cu oxid de carbon (necroză palidă bilaterală — PETERS) și anevrismele comunicante anterioare (leziuni bilaterale circulare anterioare — NIESLE) și ramolismul calotei pedunculare — BERGOUIGNAN. Luind aspectul unei „schizofrenii simptomatice”, sindromul Cairns pune probleme de diagnostic diferențial, dar deschide și o cale de explicație etiopatogenică în ceea ce privește catatonă și indică o posibilă legătură cu talamusul posterior și tegumenul mezencefalic.

25. CALCEMIE (cf. lat. *calx* „var” și gr. *haima* „singe”) ● Nivelul plasmatic al calciului, care în mod normal se găsește în concentrație de 10 mg/100 ml respectiv 5 mEq/l. Aproximativ o jumătate din această cantitate este fixată de proteine sub formă neionizată și nedifuzabilă și o cantitate mai mică (citrat și carbonat de calciu) se află în stare difuzabilă, dar neionizată, restul calciului plasmatic (2,1—2,7 mEq/l) fiind prezent în organism sub forma ionică activă. Homeostazia calciului, esențială pentru viață, se realizează prin schimbări rapide între calciul plasmatic, osos și intracelular. Ea este dependentă atât de echilibrul dintre aport și expresie, cât și de intervenția unor mecanisme de reglare complexe.

Mecanismele reglatoare sînt declanșate în funcție de nivelul plasmatic al calciului ionizat, și secundar de nivelul fosfaților. Aceste constante influențează balanța endocrină între secreția de parathormon (hormon hipercalcemiant, secretat de paratiroidă) și secreția de calcitonină (hormon hipocalcemiant, secretat de celule specializate din tiroidă și paratiroidă). Forma ionizată activă a calciului plasmatic controlează permeabilitatea membranelor celulare și capilare, excitabilitatea structurilor neuromusculare, contractilitatea mușchiului striat și cardiac, procesele de hemostază, unele procese enzimatice.

Spectrul complex al acțiunilor ionilor de calciu, realizat în corelație funcțională cu fosfații și magneziul, face ca modificările nivelului plasmatic — hiper- sau hipocalcemii — să determine tulburări cu răsunset larg asupra activității nervoase superioare și deci asupra psihismului.

26. CALCIFICARE CEREBRALĂ IDIOPATICĂ ^{sin.} → FAHR^(B) boală.

27. CALCIU ȘI EXCITABILITATEA NERVOASĂ ● Calciul este unul dintre elementele vitale care controlează permeabilitatea membranelor celulare și a altor procese chimice și fizice din organism. Exerciți influențe asupra excitabilității neuromusculare. Excesul de calciu în fluidul extracelular reduce permeabilitatea membranelor pentru sodiu. Aceasta determină ridicarea valorii nivelului critic de depolarizare, scăderea permeabilității pentru sodiu, inhibă declanșarea potențialului de acțiune. Hipercalcemia reduce excitabilitatea neuromusculară prin acțiunea stabilizatoare asupra permeabilității membranei celulare. Reducerea nivelului calciului ionic în mediul extracelular crește permeabilitatea membranelor pentru sodiu și aduce valoarea pragului de excitabilitate aproape de valoarea potențialului de repaus. Membrana devine lăbilă, este foarte ușor excitabilă, iar la scăderea masivă a nivelului calciului extracelular, pragul de excitabilitate poate deveni egal cu valoarea potențialului de repaus, ceea ce poate provoca apariția unor potențiale de acțiune spontane, așa cum se întâmplă frecvent cu tetania hipocalcemică (→ PARATIROIDE). Scăderea calciului, prin interesarea membranei celulare, va afecta deci și diverse structuri neuronale, precum și sinapsa neuromusculară. Toate tipurile de sinapse necesită prezența calciului, în procesele neurotransmiterii. Calciul stimulează, de asemenea, eliberarea de catecolamine din modulosuprarenală, prin intermediul acetilcolinei. Toate aceste acțiuni sînt antagonizate de magneziu, astfel încît deprimarea sistemului nervos central și blocajul neuromuscular produse la nivele ridicate ale magneziemiei pot fi contracarate prin administrarea intravenoasă de săruri de calciu, care au o largă utilizare clinică, datorită efectului lor sedativ.

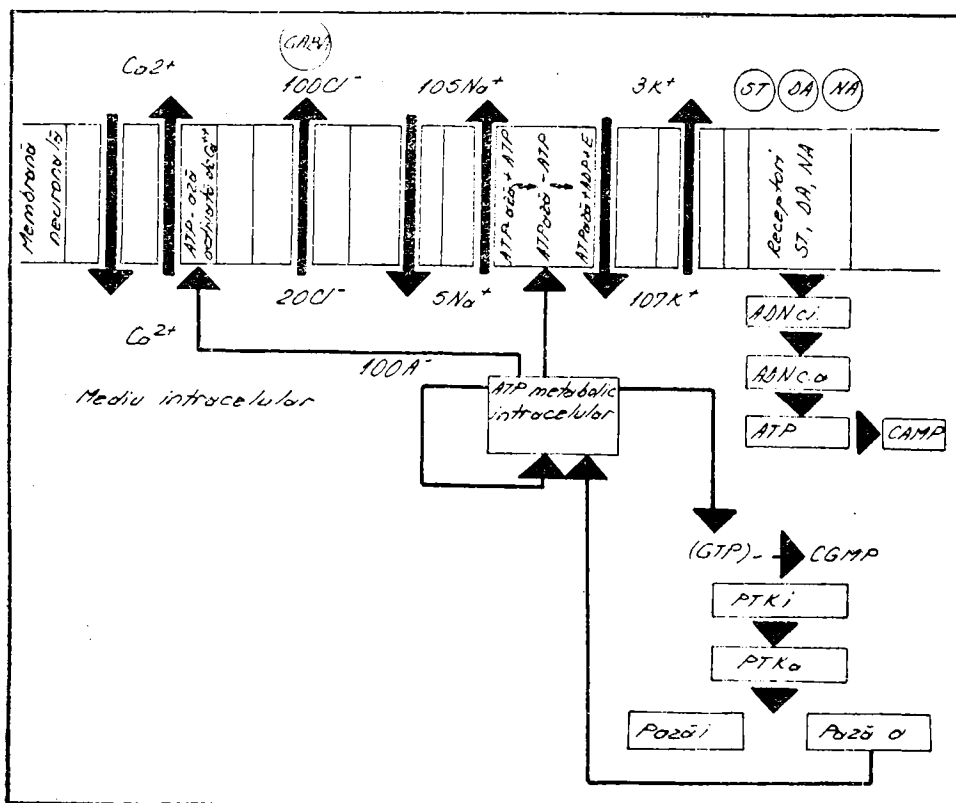
28. CALCIU — medicație ● În practica curentă, dispunem de șase produse farmaceutice avînd drept principiu activ calciul

● BROMURA DE CALCIU (soluție apoasă 10%). Acțiune, sedativ cortical anticon-

vulsivant. Indică în : hiperexcitabilitate, spasmodic, tetanie, tulburări de climacteriu ; contraindicații : intoleranță la brom, asocierea cu cardiotonice, aritmii, sarcină și alăptare.

cu celelalte produse de calciu, cărora li se adaugă acțiunea antialgică și hemostatică.

- GLUCONAT DE CALCIU (levulinat de calciu). Cu indicații și contraindicații



Rolul calciului ionic în cadrul principalelor mecanisme ionice și metabolice implicate în polarizarea membranei neuronale

- CALCIU EFERVESCENT 200. Indicat în hipocalcemie, nevoi calcice crescute (sarcină, lactație, creștere), menopauză, senilitate, stări alergice. Nu se indică în : insuficiența renală, hipercalcemie, hiperparatiroidie.
- CALCIU GRANULAT (50% gluconat de calciu, 50% excipient zaharat). Indicațiile și contraindicațiile — identice cu ale calciului efervescent.
- CLOROCALCIN (clorură de calciu, alcool, glicerină, aldehydă cinamică). Indicațiile și contraindicațiile — identice

identice cu cele ale calciului bromat, având avantajul administrării și intramuscular.

- LACTATUL DE CALCIU. Remineralizat, antialergic, nu are particularități sau restricții comparativ cu calciul efervescent sau granulat.

29. CALCUL (cf. lat. calculus „pietrică“)

- Proces psihic specializat, cu ajutorul căruia omul poate combina elementele unei mulțimi, utilizând un sistem de reguli. Capacitatea de a calcula este dobândită în procesul de educație.

cație și constituie o funcție psihică bine conturată, având probabil un substrat anatomo-funcțional, cu un anumit grad de specializare.

Leziunile acestuia duc la tulburări specifice și uneori circumscrise numai la perturbarea capacității de calcul. Există mai multe tipuri de calcul, în funcție de sistemul de reguli utilizat și de caracteristicile elementelor asupra cărora se aplică regulile respective: calculul aritmetic, care utilizează ca sistem de reguli, operațiile aritmetice aplicate asupra numerelor; calcul diferențial; calcul integral și calcul logic (cu subvariantele de calcul matriceal, calcul al propozițiilor și calcul al predicatelor). Calculul aritmetic este legat de noțiunea de număr, în special de număr natural. Afectarea posibilităților de calcul aritmetic se poate manifesta în sens deficitar: diminuarea capacității calculatorii din sindroamele deteriorative, unde este un simptom precoce, și abolirea ei (acalculie), sau în exces: calculatorii prodigioși și tendința obsedantă de a calcula (aritmomanie).

30. CALCULATORI DE CALENDARE (fr. *calculateur*) ● Subiecți aparținând din punct de vedere al QI grupeii debilității mintale, care, având în fața ochilor un calendar pot efectua calcule deosebit de complicate, de exemplu: care zi din săptămână corespunde unei anumite date, a cita zi din lună corespunde unei anumite zile etc. Constituie o categorie aparte față de calculatorii prodigioși, iar asociația dintre cele două tipuri este destul de rară la același subiect.

31. CALCULATORI PRODIGIOȘI ● Indivizi posedând de obicei un intelect la nivel de claritate mintală, școlarizată sau nu, care sînt în stare să efectueze calcule aritmetice spectaculoase, chiar complexe, cu mai multe cifre, dînd rezultatul pe loc. Aceste performanțe au îndreptățit și numele dat acestor subiecți — „idioții savanți”. POROT este de părere că suportul acestui fenomen ar consta în existența unui tip special de memorie, bazat pe procedee mnemotehnice (există și excepții de la regulă: indivizi superdotați pentru matematică).

32. CALENTURA ● Formă a delirului furios, care nu mai prezintă astăzi decît interes istoric, constînd — după NYSTEN — în dorința morbidă (și chiar trecere la act) de aruncare în mare a unor navigatori care traversează zonele toride. RÉGIS consideră că această entitate a psihiatriei clasice nu ar fi decît o formă de evoluție pe care o poate lua uneori insolita. Drept argument aduce faptul că și

în alte psihoze toxice cu halucinații terifiante există acțiuni de aspect impulsiv, anxietatea și confuzia fiind cele care fac subiectul să se arunce în mare în încercarea de a scăpa de percepțiile halucinatorii. Condițiile actuale de navigație, ca ambianță și durată, au redus această manifestare la condiția „școrbutului care, în cazul celor ce străbat apele, „a fost, este posibil, dar nu se mai întîlnește”.

33. CALITATE (fr. *qualité* și cf. lat. *qualitas*) ● Totalitatea atributelor esențiale prin care o anumită realitate este ceea ce este și nu altceva, însușirile prin care este posibilă identitatea specifică a unui obiect sau proces. Prin calitate, un lucru se individualizează și se deosebește de altele, iar schimbarea calitativă înseamnă o transformare radicală a obiectului, trecerea lui într-o altă formă de existență și dobîndirea unei noi identități, caracterizată prin altă structură și prin alte proprietăți. Între anumite limite de stabilitate, orice calitate se corelează cu variații cantitative specifice, care nu modifică în mod esențial identitatea obiectului. Prin depășirea anumitor praguri critice, creșterea sau descreșterea cantitativă determină schimbarea calității și trecerea obiectului într-o nouă formă de existență.

În logică, desemnează proprietatea judecăților predictive de a fi afirmativă (cele care enunță apartenența unei proprietăți la un obiect) sau negativă (cele care enunță neapartenența unei proprietăți la un obiect). În această accepțiune, calitatea reprezintă unul din criteriile de clasificare a judecăților predicative.

34. CALM (fr. *calme* și ital. *calmo*) ● Stare caracterizată printr-un echilibru optim al funcționalității tuturor proceselor psihice, realizată prin intervenția eficientă a mecanismului de autocontrol și evaluare, estimarea corectă a unei situații și a consecințelor ei. Starea de calm favorizează claritatea proceselor perceptuale, corectitudinea integrărilor, performanțe maxime ale proceselor operaționale logice, creînd premisele luării unor decizii oportune situației date, precum și mobilizarea substratului dinamico-energetic al afecțiivității, prin eliminarea stărilor extreme de panică, disperare, deznădejde care dezorganizează psihismul. A fi și a reacționa calm, „stăpîn pe sine”, este rezultatul adaptabilității suplă și armonioase la condițiile ambientale, la situațiile profesionale, de viață în general. La atingerea acestei stări de echilibru se ajunge printr-un anumit nivel de cunoaștere, dobîndit prin învățare și experiență (pentru primitivi, de exemplu, trăznitul poate fi o

situație catastrofală, care determină un comportament disproporționat, de panică, pentru că el nu știe ce este în realitate acest fenomen, și nici cum se poate apăra de el).

În psihiatrie, este importantă decelarea stării de „calm aparent”, afișată de depresivul care poate disimula astfel intențiile sale suicidare, precum și a „calmului discordantului” — în realitate, detașarea lui totală.

35. CALMANT (cf. gr. *kalma* „căldură înăbușitoare”) — sin. SEDATIV ● Medicament care are drept efect terapeutic starea de calm psihologic. Termenul mai este utilizat și pentru medicamentele care liniștesc durerea (anti-algice) și datorită sensului prea vag, cunoaște mai mult o utilizare populară. În psihiatrie, PSIHOLEPTICELE realizează efectul calmant prin inhibarea anumitor funcții ale sistemului nervos central.

36. CALMAX^(M) Portugalia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin.

→ MEPROBAMAT^(M) România.

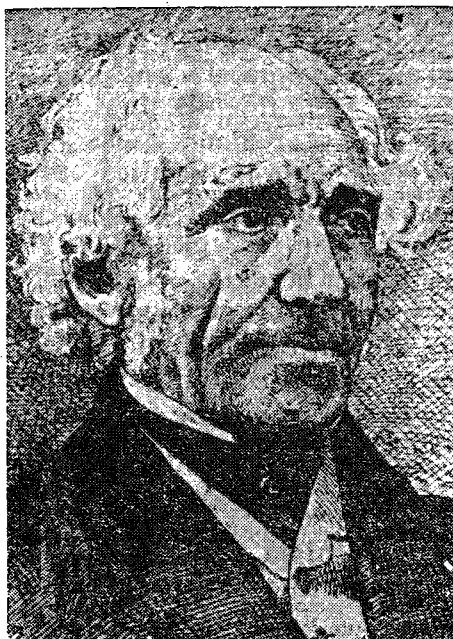
37. CALMAZINE^(M) Australia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic sin.

→ TRIFLUOPERAZIN^(M) România.

38. CALMEIL^(D/S) — delir/sindrom — sin. DELIR ACUT IDIOPATIC și PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ TOULOUSE-MARCHAND-COURTOIS și SINDROMUL DE CONFUZIE MĂLIGNĂ ● Descris în 1858 de către autorul al cărui nume îl poartă, avînd drept caracteristici și confuzia mintală gravă cu halucinații, anxietate extremă, agitație psihomotorie intensă și dezordonată (care impune imobilizarea bolnavului), deshidratare (datorită epuizării și refuzului de lichide), oligurie, hipertermie, hiperazotemie (semn patognomic, cu peste 1 g/l.).

Se descrie o formă primitivă (de etiopatologie necunoscută) și una secundară (în psihoze, stări infecțioase, toxice — PGP, septicemii, gripă, puerperalitate, după intervenții chirurgicale etc.). Patologia nu este încă elucidată „toleranță nervoasă” la factorii toxici și infecțioși (L. MARCHAND), complicație a sindromului general de adaptare (AUBIN, LÖO), hiperexcitabilitate talamo-hipotalamică (MALOHOV). Terapiile actuale (hidratarea, alimentația parenterală, neurolepticele, antibioticele, corticoterapia) au schimbat prognosticul letal al delirului acut.

39. CALMEIL Louis-Florentin (1798—1895) ● Psihiatru francez. Urmează studiile de medicină la Paris, beneficiind de dascăli celebri și DUPUYTREN, ROSTAN, ESQUIROL, FEVEUS, FOVILLE și lasă psihiatriei termenul



Louis Calmeil

de ABSENȚĂ EPILEPTICĂ, înțelegînd prin aceasta pierderile de cunoștință de scurtă durată apărute la epileptici și termenul a fost descris în „Dictionnaire de sciences medicales” al lui RAUCKOUKE și DECHAMBRE, la care a colaborat și prin descrierea delirului care-i poartă numele (1858). A fost un inamic declarat al teoriilor lui BAYLE privind etiopatogenia PGP. Principala sa lucrare: „De la folie considerée sous le point de vue pathologique, phylosophique, historique et judiciaire”.

40. CALMODEN^(M) Anglia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic sin.

→ NAPOTON^(M) România.

41. CALMONAL^(M) R.F.G. — DCI *Meclozina* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-p

perazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

42. CALMOTAL^(M) Italia — DCI *Promazină*
● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilamino-propil) fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

43. CALMOVITA^(M) Brazilia — DCI *Diazepam*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

44. CALMPOSE^(M) India ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic
sin. → DIAZEPAM^(M)
România.

45. CALODAL^(M) R.F.G. — DCI *Mesori-dozină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)-etil-/2-(metilsulfonil)-fenotiazină, cu bună acțiune sedativă și modeste efecte secundare, fapt ce-i conferă o largă utilizare și, în același timp, îi determină pe unii autori să-l considere situat la limita dintre NL și tranchilizante.

46. CALOS^(S) sindrom (cf. lat. *callum* „bătătură, întăritură“) ● Corpul calos este o formațiune lamelară, alcătuită din substanța albă care realizează legătura, conexiunea morfologică și funcțională a ariilor corticale simetrice a celor două emisfere, având și un posibil rol facilitator al reactivității cortexului cerebral. Leziunile corpului calos cunosc o etiologie variabilă: agenezia corpului calos (compensată, uneori, de funcționalitatea celorlalte comisuri interemisferice) coexistând, de obicei, cu alte malformații, cu comițialitate și debilitate mintală; leziunile vasculare, constând din ramolismente mai mult sau mai puțin intense; leziunile tumorale, de obicei gliome care invadează întreaga formațiune, extinzându-se asupra emisferelor și trunchiului cerebral; necroza centrală a corpului calos (boala Marchiafava-Bignami), secționarea chirurgicală a comisurilor interemisferice, practică în anumite forme de epilepsie. Oricare ar fi etiologia leziunii, în simptomatologia clinică se pot sistematiza semne neurologice și psihice descrise sub denumirea de sindrom calos.

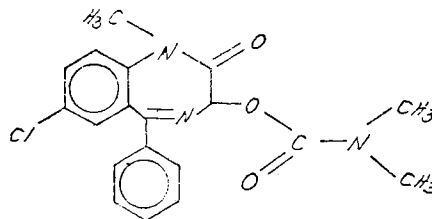
Simptomatologia neurologică este de tip apraxo-agnozic, prin întreruperea căilor de

conducere spre emisfere. Tulburările motorii și de echilibru produse sînt datorate unor leziuni extracaloase coexistente.

Simptomatologia psihică, datorată nu numai lezării exclusive a corpului calos (de obicei, leziunea strict circumscrisă este rară, ea fiind asociată și cu leziuni extracaloase), constă dintr-o dispoziție afectivă labilă (de la iritabilitate, euforie, la indiferență), diminuarea capacității de rezonanță afectivă la stimulii exteriori. Se adaugă simptomatologie de modificare a gândirii (elaborare, operare) scăderea atenției și a funcțiilor mnemice, care însă sînt nespecifice.

47. CALSMIN^(M) Japonia — DCI *Nitrazepam*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

48. CAMAZEPAM^(DCI) ● Principiul activ al unei serii benzodiazepinice de tranchilizante de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetil carbamat (ester), cu acțiune (sau indicații) sedativ-anxi-



litică. Contraindicații în: miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool. În practica curentă sînt cunoscuți următorii produși farmaceutici:

ALBEGO^(M) R.F.G. NEBOLAN^(M) India
AMOTRIL^(M) Grecia PANEVRIL^(M) Portugalia
LIMPIDON^(M) Italia PAXOR^(M) Belgia

49. CAMCOLIT^(M) Anglia — DCI *Litium carbonate* ● Timoizoleptic
sin. → CARBONAT DE LITIU^(M) România.

50. CAMERĂ CU POZITRONI ● Metodă modernă de investigație, folosită în psihiatria experimentală, prin care se pot urmări traiectul și transformările suferite în organism de o substanță administrată. Principiul metodei se bazează pe urmărirea emisiilor de pozitroni din atomii emițători, încorporați în substanța ce trebuie studiată (medicament, mezotransmițători). Se pot urmări astfel trecerea la nivelul barierei hematoencefalice, localizarea preferențială în anumite zone ale creierului etc. Prin această metodă s-a putut demonstra că în schizofrenia paranoidă există, la nivelul lobilor frontali și occipitali, o deficiență de utilizare a glucozei ; în demențe s-a evidențiat o diminuare a sintezei proteice, proporțională cu modificările performanțiale. Metoda este extrem de costisitoare, motiv pentru care utilizarea ei este restrinsă.

51. CAMERĂ DE REANIMARE⁽⁶⁾ sindrom ● Apariția unităților moderne de terapie intensivă dintr-o serie de specialități chirurgicale sau medicale a făcut ca o serie de autori să vorbească despre un veritabil sindrom psihiatric declanșat de stresul pe care acestea îl realizează. Factorii incriminați sînt fenomenul de deprivare senzorială, izolarea socială, reducerea relațiilor interumane, artificializarea funcțiilor vitale (alimentație, excreție), robotizarea organismului, devenit subiect de control și monitorizare. La toate acestea se adaugă accentuarea statutului de dependență provocat de boală, ca și comunitatea temporară cu subiecți aflați în aceeași situație dramatică.

Detalii aparent lipsite de importanță (ca absența ferestrelor) pot sta la originea productivității halucinatorii (WILSON). Teama că aparatele de monitorizare s-ar putea opri generează fenomene obsesionale și o închistare a nucleului de anxietate pînă la cote psihotice. Deprivarea de somn, ca și tulburările ritmului somn-veghe, pot genera stări confuzionale sau reacții afective psihotice.

Fără a constitui o entitate psihiatrică, sindromul camerei de reanimare atrage atenția asupra genezei unor importante tulburări psihice, legate de modificarea relațiilor interumane, de neglijarea relației medic-pacient.

52. CAMPINE⁽¹¹⁾ halucinații (cf. lat. *campus* „cîmp”) ● Termen folosit pentru a desemna situația halucinațiilor (vizuale, auditive) în cîmpul de percepție auditiv sau vizual normal.

53. CAMPTOCORMIE (cf. gr. *kamptos* „încovoiat” și *kormos* „trunchi”) — sin. CAMPO-SPASM ● Poziție vicioasă a trunchiului, prin anteflexie permanentă (trunchiul este paralel

cu solul — poziția antropoidă), cu membrele superioare atîrnînd, dureri lombare determinate de o contractură musculară de origine isterică, parkinsoniană sau prin afecțiuni organice ale coloanei vertebrale. Termenul a fost introdus de SOUQUES, în 1915, după ce BRODIE descrisese manifestările caracteristice acestui fenomen. În marea majoritate a cazurilor se poate pune în evidență legătura nemijlocită cu un factor psihotraumatizant. În prezent este rar întîlnită, inițial fiind frecvent observată la soldați (din motive lesne de înțeles) și considerate drept o manifestare exclusiv a sexului masculin.

54. CANABISM (cf. gr. *kannabis* „cînepă”) ● Intoxicația cu extracte de cînepă indiană. Cea mai poetică descriere a intoxicației cu hașiș, citată de aproape toate tratatele de psihiatrie, îi aparține lui BAUDELAIRE, care, alături de GAUTIER, DAUMIER, FLAUBERT, DELACROIX etc., era membru în „Club des Hachichins” (insula Saint Louis): „Mai întîi, vă cuprinde o oarecare ilaritate, ciudată, irezistibilă, o veselie nemotivată”. Cuvintele cele mai simple, ideile cele mai triviale capătă o fizionomie nouă și bizară, apoi o stranie senzație de răcoare începe să se facă simțită, mai ales la extremitățile corpului. Hașișomanul cade într-o stare de apatie, ochii îi sînt măriți peste măsură, o paloare maladivă îi inundă obraji. O stare de sufocare obligă „pieptul la eforturi supraomenești și, din cînd în cînd, un fior, fulgeră trupul, silind la mișcări necontrolate, tresăriri, zvicniri”, pentru a urma faza în care „proporțiile timpului și ale existenței sînt complet dereglate”. S-ar zice că, în intervalul unei ore, se trăiește viața mai multor oameni dintr-o dată.

Istoria canabismului este însă mult mai veche, existînd documente care atestă folosirea hașișului de către șeicul Djabal, în secolul al XI-lea e.n., pentru a obține o totală subordonare a servitorilor (chiar comiterea crimelor) și canabismul a fost practicat, de asemenea, din aceeași perioadă, nu numai în Orient, ci și în bazinul Mediteranei, pentru „cucerirea” Occidentului în a doua jumătate a secolului nostru.

Cînepa (*Cannabis Sativa*) este o plantă care prezintă mai multe variante, în funcție de locul și modul de cultivare. Pentru problema în discuție, interesează varietatea *Cannabis Indica*, originară din Asia Centrală și Africa de Nord, a cărei cultivare a fost apoi extinsă în bazinul Mediteranei. Din *Cannabis Indica* se extrag produsele toxicomanice și din virfurile florale aglutinate cu rășina excretată de acestea se extrage hașișul, din tijele uscate se extrage marihuana

etc. Denumirea stupefiantului este diferită, după zona geografică : „banc, habak” în țările Orientului ; „takrauri” în Tunisia ; „kif” în Algeria și Maroc etc. Substanța activă din toate aceste produse este tetra-hidro-canabiolul



Bergerac

(THC), care își exercită acțiunea asupra sistemului nervos prin produșii săi de metabolism, foarte solubili în grăsimi, acumulându-se în țesuturile adipoase, de unde eliminarea este foarte lentă (timpul de înjumătățire, în plasmă, este de 3—4 zile, iar în țesutul adipos, de 8 zile). În absint (băutura „en vogue” în perioada impresionistă, de gloriea Montmartre-ului), se găsește o substanță — thujone —, a cărei structură chimică este sensibil apropiată de cea a canabiolului.

Conținutul în THC al diverselor produse este diferit : în marihuană (care se fumează în amestec cu o cantitate de tutun — „joint”) — de 8%, pentru ca să ajungă la 60% în chiro, hașis (sub formă de lichid sau ulei de hașis, folosit sub formă injectabilă — mai rar — sau per os). Preparatele farmaceutice folosite ca analgezice și narcotice sînt astăzi căzute în desuetudine,

S-a descris și un „cabanism profesional”, la muncitorii care manipulau cînepa textilă, caracterizat prin alternanța stării de excitație ebriosoasă cu o stare de somnolență. După 1953, acest tip de intoxicație a devenit extrem de rar.

Acțiunea stupefiantului se exercită asupra cortexului cerebral, ceea ce i-a determinat pe RICHET și DEMOEL să denumească produsele toxicomanice „otrava inteligenței”. Prima descriere clinică a intoxicației acute, realizată în 1840, îi aparține lui MOREAU DE TOURS, unul dintre primii care a atras atenția asupra pericolozității produșilor extrași din Cannabis, pentru că mult timp utilizarea acestor produși a fost considerată inofensivă. Ca la orice substanță cu potențial toxicomanic, se descriu : intoxicația acută și intoxicația cronică.

Intoxicația acută se desfășoară în patru faze : faza de excitație euforică, faza confuzională, faza de extaz și faza de somn.

Faza de excitație euforică se caracterizează prin apariția unei stări de bună dispoziție, ilaritate nemotivată, slăbire a instanțelor superioare de control, ceea ce conduce la o lipsă de control și la realizarea actelor și acțiunilor cu perceperea ambianței ca „nouă și bizară”. Toxicomanul păstrează totuși o stare de obiectivitate, „asistînd” parcă din afară la ceea ce i se întîmplă. În această primă fază, se instalează disvegetoza (tahicardie, tahipnee, hiperestezie), care se va accentua în fazele următoare.

Faza confuzională — cea de a doua fază — se traduce printr-o simptomatologie senzitivosenzorială, cu iluzii și halucinații senzitive și motorii, disocierea conștiinței (aceeași care-i permite toxicomanului să asiste la propriile automatisme instinctivo-motorii), stare în care subiectul este capabil de acte auto- și hetero-agresive și dezordinea vegetativă se accentuează : paloare facială, midriază, senzație de sufocare și constricție toracică, precum și o hiperactivitate neuro-musculară cu „mişcări necontrolate”.

Faza de extaz oniric se desfășoară pe fondul unei stări de somnolență, constînd din apariția productivității psihotice, cu derularea scenelor onirice, dilatarea timpului, dedublarea personalității. După cîteva ore, se instalează ultima dintre fazele intoxicației acute, faza de somn, de durată variabilă și fără efecte reconfortante, trezirea făcîndu-se cu o stare de disconfort, apatie, adinamie.

Au existat păreri (extrem de controversate, considerate astăzi ca discutabile) că THC ar avea posibilitatea de eliberare a potențialului homicidar preexistent. Această idee a apărut ca urmare a legendei orientale în care se povestește că șeicul Djabal administra hașis celor bănuți de intenții asasine. În cursul intoxicației acute,

pe fondul disocierii stării de conștiință, a sciziunii dintre judecată și act, de dezorientare și depersonalizare, pot apărea acte auto- și heteroagresive; care țin de aceste profunde dezorganizări ale psihismului și nu de eliberarea unui potențial homicidar, însăși existența unui asemenea potențial fiind discutabilă.

Spre deosebire de alte substanțe cu potențial toxicomanic, în cazul produșilor de Cannabis, toleranța se instalează mai lent, creșterea dozelor se face mai încet, dependența este mai puțin tiranică decât în cazul opiaceelor, fenomenele de sevraj sînt „mai blinde”. Aceasta nu exclude însă decăderea psihofizică și etic-morală, deteriorarea intelectuală, fenomene care apar, în cazul intoxicației cronice. La acest stadiu de deteriorare ajung mai repede fumătorii frunzelor de Cannabis: fumul acestora conține mai mult de 2000 de produse toxice (oxid de carbon, cianuri, substanțe cancerigene — nitrozamide, compuși policiclici — hidrocarbonați).

Hașișomanul apare ca apatic, indolent, indiferent, în stare de „ruină fizică” (prin denutriție și avitaminoză), avînd ca singură preocupare procurarea drogului. Pe fondul acestei stări de apatie și indolență nu este însă exclusă apariția episoadelor acute psihotice, „eclipse psihotice”, cu acte de violență, fugi, acțiuni clastice auto- și heteroagresive. H. AUBIN insistă și asupra posibilităților de apariție a psihozelor cronice. Episoadele confuzionale de tip acut sau subacut se remit, dar personalitatea hașișomanului rămîne profund și definitiv alterată, apărînd: discordanță, atipie, reminiscențe onirice cu teme delirante sărace și, în final, deteriorarea intelectuală de aspect demențial — tulburări care, după KOLANSKY și MOORE, sînt reversibile în 6—9 luni după sevraj și tratament, după depășirea acestei perioade însă, modificările induse devenind ireversibile. CAMPBELL a descris — pe encefalografiile gazoase — apariția unei atrofii cerebrale.

În afară de efectele prezentate mai sus, MAHAS și colaboratorii au descris, în 1973, acțiunea de deprimare pe care produșii de Cannabis o exercită asupra imunității celulare, determinînd scăderea importantă a rezistenței față de agresiunile microbiene și neoplazice. Tratamentul constă, ca și în cazul celorlalte toxicomanii, în izolare, sevraj (care nu se acompaniază de fenomene critice severe) → TOXICOMANII.

55. CANAZEPAM⁽³⁰⁾ Canada — DCI Dīazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică,

anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM⁽³⁰⁾.

56. CANCEROFOBIE⁽³¹⁾ (cf. lat. cancer „rac” | gr. phobos „frică”) ● Teamă morbidă, nejustificată, de cancer. Apare destul de frecvent în patologia psihiatrică, de obicei drept urmare a unei lipse de instrucție corespunzătoare sau a unei structuri particulare a personalității (ca și în cazul tuberculozei, cu 50 de ani în urmă), dar în adevăratul sens al fobiei, numai în cazul nevrozei fobice și în cel al unor dezvoltări hipochondrice, nu foarte rare, dar nici atît de frecvente ca, în trecut, bacilofobia.

57. CANIBALIC (cf. fr. cannibale) ● În sens psihanalitic, conform concepției lui K. ABRAHAM, reprezintă stadiul oral secund sinonim cu



Goya

stadiul sadic anal. Termenul este utilizat cu sensul de:

- Calificativ al relației cu obiectul din stadiul sadic-oral, relația ambivalentă rezultînd din uniunea libidoului cu agresivitatea, din clivajul obiectului în „bun”

și „rău”. Incorporarea orală semnifică: dragoste, distrugere, conservare în sine, însușirea calității obiectului și reprezintă forma primitivă a introiecției (S. FREUD „Totem și tabu”, „Trei eseuri asupra teoriei sexualității”).

- Fantasma orală, putînd să persiste dincolo de stadiul oral. Sub acțiunea mecanismelor de apărare (proiecție, deplasare), duce la teama de contraagresiune similară → TOTEM, TABU, ORAL, STADIUL LIBIDINALE.

58. **CANIRAMIN^(M)** Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinamic esterificat reserpină, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive și este un marcat hipotensor.

59. **CANNON** Walter Bradford (1871—1945) ● Psiholog american, cu contribuții în construirea teoriei foamei, a emoției și a stres-ului, evidențiind modificări neuro-vegetative adaptative ale organismului în situațiile date. A contribuit la formularea teoriei homeostatice, considerînd aceste mecanisme drept adaptative.

60. **CANTITATE** (cf. lat. *quantitas*) ● Categorie ce desemnează gradul de dezvoltare și afirmare a unor determinări calitative. Numărul fiind „expresia pură a cantității” (ENGELS), estimările cantitative precise presupun expresia numerică a adăunării unor unități de măsură (de întindere, suprafață, volum, masă, durată, temperatură etc.). Atunci cînd nu există posibilitatea aplicării unui etalon pe un continuum calitativ omogen, estimările cantitative sînt mai puțin precise, dar se pot emite sub forma unor aprecieri relative, care exprimă gradul de realizare a unei calități în două sau mai multe realități comparabile. Prin depășirea anumitor limite, obiectiv prescrise de esența fenomenului, creșterea sau descreșterea cantitativă determină schimbarea calității și trecerea obiectului într-o nouă formă de existență. Unitatea dialectică dintre cantitate și calitate își găsește expresia în categoria filozofică de măsură și în legea trecerii variațiilor cantitative în transformări calitative.

În sens logic, reprezintă criteriul de clasificare care a judecăților predicative după mulțimea indivizilor care alcătuiesc sfera noțiunii de subiect la care se referă predicatia. După cantitate, judecățile predicative se împart în: judecăți singulare (acelea în care predicatul se raportează la un singur individ, de exemplu „acest om este profesor”) și judecăți particulare

(acelea în care predicatul se afirmă ori se neagă în legătură cu o parte dintre indivizii unei clase, de exemplu: „unii oameni sînt blonzi”) și judecăți universale (în care predicatul se referă la toți indivizii dintr-o clasă, de exemplu: „toți oamenii sînt muritori”).

61. **CANTOR^(M)** Franța — DCI *Minaprină* ● Psihotrop recent introdus în practică, de tip 4-2-/(4-metil-6-fenil-3-piridazinil)amino/etil/morfolină, cu acțiune anxiolitică și sedativă și valențe antidepressive.

62. **CAP SCOȚIAN^(S) sindrom** ● Tulburări de memorie care survin ulterior unui consum exagerat de alcool, descrise sub acest nume, semnificativ în psihiatria insulară.

Este mai frecvent, după opinia autorilor, la soții ușuratici, care nu-și pot aminti exact unde și-au oprit „avansurile” la petrecerea din seara anterioară. Vrînd să verifice autenticitatea acestor „uitări”, KALIN (1964) a organizat un experiment riguros, care a arătat o netă diferență între numărul de evenimente care pot fi reproduse sub influența alcoolului și în afara influenței acestuia. Subiecții care au consumat alcool își aminteau mult mai multe povestiri cu caracter sexual dintre cele relatate anterior, ingestiei alcoolice, decît cei care nu au consumat deloc alcool. De asemenea, povestirile supraîncărcate afectiv erau mai des relatate. „Adevărul” din alcool s-a dovedit a fi, și cu ocazia acestui experiment, o simplă licență.

63. **CAPACITATE** (cf. lat. *capacitas*) ● Ansamblu de însușiri psihice, ce pot determina reușita sau performanța unui subiect în efectuarea unei activități (respectiv, în exercitarea unei profesii). Reflectă parametri psihologici generali și specifici pentru același subiect, măsurabili cu ajutorul testelor (exemplu: inteligența, rapiditatea perceptivă, volumul și fidelitatea evocărilor, spațialitatea, fluiditatea verbală, flexibilitatea operațională etc.). În cazul cînd reflectă o însușire de grup, capacitatea nu se reduce la suma disponibilităților individuale, ci este un efect conjugat al interacțiunilor personale, al complementării eforturilor, motivațiilor și experiențelor acumulate de grup. Rezultantă plurifactorială determinată de aptitudini, de gradul de maturizare a personalității, de învățare și exercițiu, capacitatea se demonstrează direct, prin fapte, prin rezultate cuantificabile. Poate fi educată, dezvoltată prin exerciții sau se poate „atrofia” prin insuficiența utilizării, factor mai des implicat decît diminuarea fiziologică, legată de vîrstă. Măsurarea capacităților intelectuale și senzorio-motorii cu ajutorul testelor la adolescenți, de

exemplu, este deosebit de utilă psihologilor în activitatea de orientare școlară și profesională.

64. CAPACITATE CIVILĂ ● Aptitudine a persoanelor fizice (care au discernământul intact) și juridice de a avea drepturi și obligații de natură civilă, de a deveni subiecte de drept, într-un raport juridic civil. Este recunoscută, în mod egal, oricărei persoane fizice majore și indemne din punctul de vedere al facultăților psihice, indiferent de sex, naționalitate, religie, apartenență culturală sau socială, condiții care nu o influențează în nici un fel. Prezintă două aspecte : capacitatea de folosință și capacitatea de exercițiu. Capacitatea civilă, cu cele două forme ale sale, este un dat firesc, la care nu se poate renunța total sau parțial din proprie inițiativă. Capacitatea de folosință nu poate fi îngădită prin capacitatea de exercițiu ridicată, total sau parțial, decît în cazurile și în condițiile stabilite de lege. Cînd una dintre aceste condiții se datorează unei afectări a discernământului, determinată de nedezvoltare, regresivitate deteriorativ-dementială sau proces psihotic grav, acest fapt se stabilește printr-o expertiză medico-legală psihiatrică → ALIENAȚIE MENTALĂ CRONICĂ, CĂSĂTORIE.

65. CAPACITATE DE EXERCITIU ● Latură a capacității juridice a persoanei civile, ce constă în aptitudinea acesteia de a-și exercita singură drepturile și de a-și asuma obligații, săvîrșind acte juridice proprii ; are un caracter subiectiv, derivat însă și subordonat caracterului obiectiv-determinat al capacității juridice. Presupune maturitatea capacităților cognitive-intelectuale sau, cel puțin, apariția gândirii abstracte și formal-logice, care, integrate experienței proprii de viață, permit înțelegerea însemnătății consecințelor acțiunilor, inacțiunilor și faptelor proprii. De aceea, minorul sub 14 ani nu are capacitate de exercițiu, ca și indivizii al căror discernământ este pierdut. Capacitatea de exercițiu deplină începe la vîrsta de 18 ani, iar capacitatea de exercițiu restrînsă este dobîndită de minorul ce împlinește 14 ani, care poate încheia acte juridice cu încuviințarea prealabilă a reprezentanților legali (părinți-tutore). Minorul de 10 ani constituie o excepție, putînd consimți singur la înfierea sa → CURATELĂ, EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ, MINOR.

66. CAPACITATE JURIDICĂ ● Aptitudine a persoanei fizice (civile) sau juridice de a avea drepturi sau obligații, de a-și exercita drepturile și de a-și asuma obligații, săvîrșind acte juridice proprii. Capacitatea juridică a persoanei fizice începe odată cu nașterea sa și se sfîrșește prin

moartea sa. Prin definirea acestei noțiuni, persoana fizică are sensul cel mai larg posibil, care nu se identifică însă cu accepțiunea psihologică. Capacitatea juridică a persoanei fizice (civile) este determinată obiectiv de lege în vigoare, constituind statutul său juridic → CAPACITATE DE EXERCITIU, CAPACITATE DE A RĂSPUNDE.

67. CAPACITATE DE A RĂSPUNDE ● Latură subiectivă a capacității juridice, derivată din caracterul obiectiv — determinat al acestuia, constînd în aptitudinea persoanei fizice (civile) de a răspunde în fața societății pentru faptele ilicite săvîrșite, de a evalua corect semnificația sancțiunilor juridice corespunzătoare acestor fapte și de a suporta consecințele negative ale aplicării acestor sancțiuni. Presupune integritatea capacităților cognitive-intelectuale și volițional-conative ale personalității mature, precum și o sumă de proprietăți juridice (legiferarea unor drepturi și, în special, obligații, aplicabile celor ce încalcă ordinea de drept). Capacitatea de a răspunde presupune existența discernământului → EXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ MEDICO-LEGALĂ, MINOR.

68. CAPGRAS-SÉRIEUX^(S) *sindrom* — sin. ILUZIA SOSIILOR (Sosia este numele unui sclav al lui Amphitruon a cărui înfățișare a luat-o Mercur) ● Sindrom definit de autorii al căror nume îl poartă, ca tip de delir caracterizat prin convingerea neștrămutată, ilogică, impenetrabilă la contraargumente, că o anumită persoană a fost înlocuită de altă persoană, asemănătoare cu aceasta, cu o sosie a ei și ideea delirantă vizează persoane apropiate afectiv de subiect, dar uneori se poate extinde la mai multe persoane, la înlocuirea sosiei printr-o altă sosie și uneori chiar la convingerea că însuși subiectul a fost înlocuit cu o sosie. Sindromul se întîlnește în schizofrenie, deliruri cronice paranoiace, stări confuzionale și în afecțiuni psihice organice : epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, accidente vasculare cerebrale, etilism cronic.

69. CAPILAROZĂ RETINIANĂ (cf. lat. *capillus* „păr”) ● Efect descris, în 1968, de către DANC BEGU, ca semn obiectiv al pierderii memoriei recente. Constă în prezența unor puncte multiple, gălbui, dispuse în regiunea maculară a retinei (corespund unor mici zone de ramoliment, consecutive leziunilor vasculare), identice și paralele cu leziunile din vasele cerebrale aferente zonelor corticale ale memoriei → CIRCUITUL PAPEZ.

70. **CAPRICIU** (it. *capriccio* ? cf. lat. *capra* „capră”) ● Manifestare comportamentală, caracterizată prin discrepanța dintre aspectul zgomotos spectacular și schimbător al actelor, dorințelor sau tendințelor unui individ și cauza minoră sau chiar absența unei motivații adecvate, generatoare.

Schimbarea „*ca din senin*” a comportamentului acestor persoane este valabilă atât pentru declanșarea, cit și pentru dispariția capriciului, durată sau repetarea să ținând în general cont de beneficiul secundar vizat din partea anturajului. Fiind o expresie a egocentrismului, a dorinței de a atrage atenția asupra sa, capriciozitatea este o trăsătură întâlnită la unii copii cu carențe educaționale (tipul „domnul Goe”), care ajung să-și tiranizeze propria familie cu prea numeroasele și fanteziste dorințe pe care le au. Așa-numitele capricii din perioada gravidității nu sînt datorate modificărilor fiziologice pe care le suferă femeia în timpul sarcinii, ci reflectă, mai degrabă, trăsăturile unei personalități insuficient maturizate pe plan afectiv, cu hiperemotivitate și voință slabă, comportament de care, în mare parte, este responsabil anturajul, prin atitudinile sale de hiperprotecție și permisivitate.

Perioadele de surmenaj, de excitație (după consum de cafea, alcool) pot favoriza, chiar la persoane echilibrate, apariția tranzitorie a unor capricii. Acest comportament capricios devine însă preponderent la unele personalități dizarmionice (истерică, instabilă), afectîndu-le marcant capacitatea de adaptare la grupul familial sau social.

71. **CAPRODAT**^(M) Suedia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamat isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

72. **CAPTAGON**^(M) Austria, Belgia, Franța, R.F.G. — DCI Fenetilina ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 7-/2-(α -metilfenetil)-amină/etil/teofilină, indicat în astenii, tulburări de dinamică sexuală, adjuvant în combaterea efectelor secundare ale NL și anticonvulsivanțelor, în tratamente de lungă durată ; cu o bună toleranță, se poate administra și la vîrstnici.

73. **CAPTATIVITATE** (cf. lat. *captare* „a încerca să prindă, a prinde”) ● În sens psihologic, manieră egoistă de captare și menținere

pentru sine a sentimentelor de tandrețe și afectivitate manifestate de cei din jur, specifice comportamentului juvenil. Această atitudine se regăsește și la vîrste adulte, tipic fiind cazul mamelor hiperprotectoare sau hiperafectuoase care, în mod conștient sau nu, îngrădesc sau blochează prin comportarea lor abuzivă față de copil, dezvoltarea lor armonioasă, independentă.

74. **CAPTIVITATE** — manifestări psihice (cf. *captivitas* „captivitate, robie”) ● Noțiune sinonimă cu cea de privare de libertate, prizonierat, care au reprezentat pentru psihiatrie circumstanțe de studiu al modului în care mediul poate acționa patogen asupra individului. Patologia captivității este tot atât de veche cit este și războiul cu implicațiile sale atât de complexe și negative asupra existenței omului, ca ființă, și a omenirii întregi. Psihozele carcerale au constituit obiectul descrierii unor psihiatri încă din secolul trecut, francezi, germani sau englezi (BAILLARGER, 1840 ; RUDIN, 1901 ; SIEFERT, 1907 ; PACTET și COLLIN, 1908 ; VILLINGER, 1920 ; HALBERSTADT, 1923 etc.).

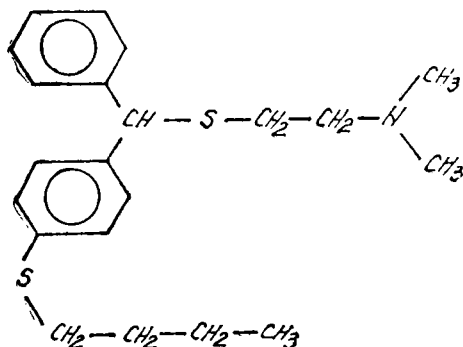
Dacă primul război mondial a generat așa-numitele „psihoze ale sirmei ghimpate”, cel de-al doilea, prin lagărele sale de concentrare și de prizonieri, a adus o serie de observații privind psihozele depresive, reactive și endogene, schizofrenia și unele simptome specifice, apărute mai ales la copiii și adolescenții deportați. Acestea sînt cunoscute sub numele de „stările astenice ale captivității” sau „psihozele nostalgice” (CARROT) sau „mania întoarcerii”.

„Sindromul de hiperamnezie emoțională paroxistică tardivă” (TARGOWLA, 1954) și „Anestezia afectivă” (MINKOWSKI, 1961) au reprezentat teme ale unor comunicări bazate pe studiul victimelor persecuției din lagărele de concentrare care, deși aflate ulterior în afara situațiilor psihotraumatizante generatoare ale tulburărilor psihice respective, au continuat să ridice probleme de ordin psihiatric sau medico-legal. Fără a se profila ca entități psihiatrice de sine stătătoare, modificările psihice descrise în timpul condițiilor de captivitate reprezintă, de fapt, circumstanțe psihopatologice, avînd același punct generic, dar încadrîndu-se în nozografia cunoscută.

75. **CAPTODIAME**^(DCI) ● Derivat difenilmetan de tip 2-/p-(butiltio)- α -fenilbenziltio/-N,N-dimetiletilamină, cu acțiune anxiolitică și sedativă, cu valențe antihistaminice ; are o bună toleranță. Acțiunea sa este comparabilă

cu cea a HIDROXIZINULUI. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

COVATIN^(M) R.F.G. COVATRIX^(M) Belgia
COVATINE^(M) Franța SUVREN^(M) S.U.A.
COVATIX^(M) Belgia VOVATINE^(M) Franța



76. CAPTOL^(M) Australia — DCI *Oxprenolol*
● Betablocant de tip 1-[0-(aliloxi)fenoxi]-3 (isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litu potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETA-BLOCANTE.

77. CARACTER (cf. gr. *charakter* „semn, marcă”) ● Ansamblul însușirilor psihice integrate dinamic, stabile și permanente, care se manifestă într-un comportament, conferind o „aprență” specifică fiecărui individ. După POPESCU-NEVEANU (1969), caracterul este „cea mai înaltă și sintetică formațiune a personalității... care rezultă din integrarea în anumite modalități de comportament și conduită a întregii experiențe de viață a omului”. Caracterul poate fi descris, după TUCICOV-BOGDAN (1973), folosind trei noțiuni psihologice care, deși par sinonime, se referă la aspecte diferite: relația caracterială, definită ca o legătură a subiectului cu mediul social, care se manifestă prin prietenie, sinceritate,

curaj, respect etc. și atitudinea de caracter, cu aspect mult mai larg, traducînd un sistem de relații coerente, supuse unui determinism social-cultural și trăsăturile caracteriale care derivă din tendințele structurale ale personalității și exprimă ce este specific în atitudinile și relațiile caracteriale: perseverență, instabilitate, răbdare, meticulozitate, suspiciune etc. Ceea ce caracterizează trăsăturile caracteriale este stabilitatea, modul lor constant de manifestare. Dintre însușirile psihice ale personalității, devin trăsăturile de caracter numai acelea care ocupă un loc dominant în structura persoanei și „exercită o influență constantă asupra modului de a gândi, a simți și acționa al omului” (CHIRCHEV, 1976). O orientare aparte în definirea conceptului de caracter este cea a lui HEYMANS și WIERSMA, continuată de LA SENNE, BERGER și alții. Caracterul este privit ca „un ansamblu de dispoziții congenitale, care formează scheletul mintal al omului” și „caracterul este un rezultat al eredității, fiind mai puțin sau deloc modificabil, este solid și permanent, asigurînd astfel identitatea structurală a individului și constituind fondul care condiționează evoluția sa psihologică” (LA SENNE, 1953).

Reprezentanții acestui curent, plecînd de la trei dimensiuni fundamentale ale caracterului: emotivitate, activitate și primaritate/secundaritate, ajung, prin combinarea lor, la opt tipuri caracteriale, pe care le descriu amănunțit: nervos, sentimental, coleric, pasionat, sanguin, flegmatic, amorf și apatic. Deși s-a bucurat de o răspîndire destul de mare, caracteriologia lui HEYMANS și WIERSMA și-a diminuat mult influența, datorită, pe de o parte, fundamentării teoretice, care consideră tipurile caracteriale ca fiind ereditare și imuabile, iar pe de altă parte, datorită dificultăților de aplicare practică. Pentru depistarea, evaluarea și măsurarea trăsăturilor de caracter, pe lângă observații, analiză biografică și analiză grafologică, sînt utilizate astăzi metode psihologice, sub forma chestionarelor, probelor proiective sau a celor de asociații și completare. Manifestarea unor însușiri cu caracter negativ într-o formă exagerată

și în contradicție cu normele sociale constituie o tulburare de caracter. Termenul de tulburări caracteriale se aplică mai ales copiilor și adolescenților, dar și adulților, desemnând, într-un sens mai restrâns, tulburările de comportament. De cele mai multe ori, apărute ca un efect al unor condiții familiale și sociale nefavorabile, ca o carență a procesului instructiv-educativ sau ca o urmare a dezvoltării însăși, tulburările caracteriale se pot modifica sub influența unor factori ocupaționali, educaționali sau terapeutici, sau se pot remite spontan.

78. CARACTER ANAL ● Descris și interpretat de FREUD, constituie o preocupare și pentru ABRAHAM, FERENCZI și SADGER, după a căror opinie îi sînt specifice (cu sens de simbol), nevoia imperioasă de curățenie, atașament și scrupulozitate față de principiile morale, perseverența, dar și un grad crescut de rigiditate → ANAL.

79. CARACTERIOGRAMĂ (cf. gr. *charakter* și *gramma* „text, scrisoare”) ● Formulă de exprimare cantitativă a trăsăturilor caracteriale individuale, bazată pe cotarea unei scale cu zece elemente, cu ajutorul cărora se identifică radicalii caracteriologici.

Noțiunea de radical, introdusă de EWALD (1924), se referă la diversitatea particularităților caracteriale individuale, analizate în contextul reacționar comportamental și al trăirilor. Autorul deosebește șase tipuri de radicali caracteriali :

- posibilitatea de a fixa în conștiință trăiri elaborate (sentimente, pasiuni) ;
- capacitatea de păstrare a acestor trăiri în conștiință ;
- posibilitatea diferențierii impresiilor de trăiri legate de pulsuniile primitive le Eului ;
- posibilitatea de control al pulsuniilor ;
- controlul intelectual, ca moderator, al trăirilor ;
- posibilitatea de comunicare a trăirilor, de care depinde caracterul stenic sau astenic al individului.

Autorul consideră caracteriograma ca o metodă predictivă a potențialului reactiv al individului.

80. CARACTERIOPATIE (cf. gr. *charakter* și *pathos* „încercare, experiență”) ● Termen propriu literaturii psihiatrice franceze, corespunzător „personalității psihopatice” sau „personalității dizarmonic structurate.” și are originea în lucrările lui MAGNAN, DUPRÉ, DELMAS, FLEURI, ale căror descrieri de personalități „congenital anormale” evidențiau prezența unor tulburări ale temperamentului și caracterului — așa-numiții „perverși constituționali”. Încercînd o apropiere a clasiceilor accepțiuni de anomalii caracteriale și dezechilibru psihic, H. EY admite prevalența în circulație a termenului de personalități psihopatice (1978), termenul de caracteriopatii rămînd de interes istoric. Cu toate acestea, în recenta lucrare elaborată sub redacția lui A. POROT (1980), tulburările caracteriale se referă la încercările de clasificare tipologică și la modificările pe care le poate suferi un caracter normal sub influența unui proces morbid.

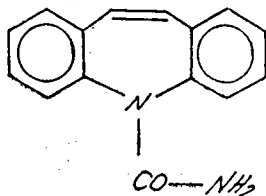
În afara condițiilor bio-psihologice cu efect transformator asupra caracterului, din timpul unor afecțiuni intercurrente, pubertății, ciclului menstrual, gravidității și menopauzei, senescenței, autorii francezi descriu acele „caractere anormale” prin naștere (analoge psihopatiei de nucleu a autorilor germani) și caracteriopatiile dobîndite (corespunzătoare psihopatiilor marginale). În cadrul primei categorii, sînt incluși paranoicii, geloșii, impulsivii, cu varianta extremă — epileptoizii —, și caracterele slabe, predispuse la acte de delincvență ; a doua categorie include modificările caracteriale din nevroză, din sindromul psiho-organic acut sau cronic și din cadrul schizoidiei. Tot aici, autorii francezi introduc tulburările de caracter evoluînd pe fundalul afectării grave a timiei și comportamentului, din psihoză maniaco-depresivă, psihoze delirante cronice, demențe, ca și din stările psihopatoide. Dintre clasificările caracteriopatiilor, sînt de reținut cele care enumeră tipurile și emotive, ciclotimice, astenice, instabile, epileptoide, schizoide, regresate afectiv, isterice, paranoice, perverse.

81. CARACTERISTICĂ (fr. *caractéristique* și cf. gr. *charakter*) ● Atribut predominant, propriu unei ființe, unui lucru, proces etc. și însușire tipică. În statistica matematică și biostatistică, definește atributele tipice ale variantei.

82. **CARBADIN^(M)** Mexic — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol-1-carbamă, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice secundare.

83. **CARBAGRETIL^(M)** Mexic → **CARBAMAZEPINE^(DCI)**.

84. **CARBAMAZEPINE^(DCI)** ● Derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică. Indicat în: epilepsie grand mal psihomotorie, stări depresive interaccusuale, alcoolism cronic, sevraj alcoolic, stări psihopatoide, nevralgie de trigemen, cefalee rebelă. Efecte secundare: inapetență, ataxie, somnolență, leucopenie, agranulocitoză. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic. Contraindicațiile



sînt cele ale antidepresivelor timoleptice. Nu se asociază cu IMAO, nu se administrează în sarcină. Constituie principiul activ a numeroși produși farmaceutici:

AMIZEPIN ^(M)	Polonia
APO-CARBAMAZEPINE ^(M)	Canada
BISTON ^(M)	Cehoslovacia
CARBAGRETIL ^(M)	Mexic
CARBAZEP ^(M)	Costa Rica
CONVULINE ^(M)	Australia
FINLEPSIN ^(M)	R.F.G.
HERMOLEPSIN ^(M)	Suedia
KARBAMAZEPIN ^(M)	Danemarca
LEXIN ^(M)	Japonia
NEUROTOL ^(M)	Finlanda
NORDOTOL ^(M)	Danemarca
STAZEPINE ^(M)	Polonia
TEGRETAL ^(M)	Chile
TEMPOROL ^(M)	Finlanda
TERIL ^(M)	Israel
TIMONIL ^(M)	R.F.G.

și a celui mai cunoscut dintre ei:

TEGRETOL^(M) Argia, Austria, Australia, Belgia, Brazilia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, R.F.G., Spania, S.U.A., Suedia, Turcia.

85. **CARB-A-MED^(M)** Austria — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se intrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

86. **CARBAMETIN^(M)** Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamă, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic sedativă; are și valențe analgezice secundare.

87. **CARBAXIN^(M)** Japonia ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → **MEPROBAMAT^(M)** România.

88. **CARBAZEP^(M)** Canada — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicații corespunzătoare. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO, nu se administrează în sarcină.

89. **CARBOLITH^(M)** Canada; **CARBOLITHIUM^(M)** Italia; **CARBOLITIUM^(M)** Brazilia — DCI *Litium carbonate* ● Timoizoleptic, stabilizator al timiei, cu valențe sedative ^{sin.} → **CARBONAT DE LITIU^(M)** România.

90. **CARBONARCOZĂ** (cf. lat. *carbo* „căr-bune”; gr. *narke* „amortire”) ● Metodă de tratament — în prezent abandonată — a unor forme de nevroză și a unor afecțiuni psihosomatice. Constă în administrarea, prin inhalare, a unui amestec gazos (75% oxigen, 25% bioxid de carbon), pînă la limita primelor semne de pierdere a conștiinței, repetîndu-se variabil în timp. Aceste ședințe au fost intro-

duse de LOWENHAART, în 1929, plecând de la o mai veche observație privind rolul anoxiei ca excitant intelectual. Metoda a fost utilizată cu oarecare tenacitate și mai puțin succes în S.U.A., o perioadă de timp, în jurul anilor '50 apărind numeroase lucrări în sprijinul ei, dar încercarea de a o introduce în Europa nu a dat roade. În prezent nu se mai utilizează.

91. **CARDIAZOL** — șoc ● Terapie biologică, utilizând criza convulsivă ce apare la injectarea intravenoasă a circa 8 mg/kgc dintr-o soluție de 10% cardiazol, folosită de VON MEDUNA, în 1932, la bolnavii de schizofrenie. Este varianta chimică a terapiei convulsivante, care a învins în competiția cu timpul, prin efectele secundare și incidența, mult mai redusă, prin posibilitățile sale mai lesnicioase de aplicare, chiar în cazul pacienților agitați. Deși trecerea la aplicarea acestei terapii de șoc a avut, ca bază teoretică, opoziția ipotetică dintre schizofrenie și epilepsie (fapt rămas și pînă astăzi nedemonstrat), valoarea sa a fost deosebită, în mod paradoxal, prin „însuccesul teoretic pe care l-a înregistrat” și a adus, în schimb, revelația terapeutică a metodelor convulsivante în psihiatrie. Acțiunea analeptică cardiovasculară a cardiazolului (pentametilentetrapol), cu producerea convulsiilor în scop terapeutic, poate fi asociată, în mod simetric, cu cea a curei Sakel (insulinoterapie).

92. **CARDILAC**^(M) Grecia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazini-alkilfenotiazinic, de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoid halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

93. **CARDINĂ**^(M) Finlanda — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (-)-1-(tert-butilamino-3-(4-morfolin-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, alcoolism și adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

94. **CARDINOL**^(M) Australia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic, de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **PROPRANOLOL**^(M).

95. **CARDIODOL**^(M) Japonia — **CARDIOL**^(M) Finlanda — DCI *Practolol* ● Betablocant de tip 4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)-propoxi/acetanilidă, indicat în anxietate, miotonii neurovegetative, combaterea tremorului senil, are efecte psihostimulente. Nu se administrează concomitent cu săruri de litiu, potențându-le efectul toxic, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

96. **CARDIONEVROZĂ** — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) § ASTENIE NEUROCIRCULATORIE § CORD IRITABIL § INIMA SOLDATULUI § NEVROZĂ CARDIACĂ § PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ § SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE § STILLE-HARTSHORNE^(S) sindrom § TULBURAREA REGĂRII HIPOTALAMŌ-ORGANICE ^{sin.} → DA COSTA^(S) sindrom.

97. **CARDIOPATIE** (cf. gr. *kardia* „inimă” § *pathos* „încercare, experiență”) → AFECȚIUNI CARDIACE.

98. **CARDIOSERPIN**^(M) Finlanda — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia*, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat, metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism și copiilor sub 3 ani.

99. **CARENȚĂ** (cf. lat. *carere* „a fi lipsit de ceva”) ● Stare rezultând din insuficiența unui aport nutrițional indispensabil unei funcții vitale esențiale. Prin extensie, este aplicat în psihologie, pedagogie și psihiatrie, unde se referă la absența aporturilor afective, educative, intelectuale și culturale necesare dezvoltării personalității.

Pentru psihanalisti, reprezintă o noțiune prea generală, care acoperă doar parțial problema genezei tulburărilor psihice; nu a trezit interes decît în etapa inițială.

100. **CARENȚĂ AFECTIVĂ** (cf. lat. *carere* § *affectio* „stare, dispoziție”) — sin. **AVITAMINOZĂ AFECTIVĂ** ● Expresie generică pentru privarea de afecțiune sau insuficiență satisfacere a trebuințelor afective, fenomen cu consecințe psihologice dintre cele mai grave, atunci cînd această frustrare afectivă este de durată sau intervine la o vîrstă precoce. Așa cum au arătat psihologii, inclusiv cei de formație psihanalitică, dezvoltarea psihică a copilului este condiționată de viața sa afectivă. Aceasta rămîne un element definitoriu, indispensabil activității psihice și reglării

comportamentului. Drept urmare, carența afectivă are efecte asupra echilibrului psihic și poate duce la alterarea stării mintale. Consecințele carenței afective la copii pot fi procece sau tardive, primele fiind studiate în forma lor de hospitalism (SPITZ). Este preferabil să se vorbească de carența afectivă infantilă (durabilă, precoce sau tardivă), luându-se în considerație cinci condiții: lipsă, carență, frustrare și carența să se fi manifestat exclusiv în nevoile afective ale copilului și mama să fie responsabilă de carență și carența să fi afectat copilul înainte de vârsta de 3 ani și să fi durat minimum 6 luni.

În ordinea importanței, sînt afectate dezvoltarea limbajului, adaptabilitatea la mediu, dezvoltarea neuromusculară, rezistența la infecții. Cea mai gravă este carența afectivă suferită între lunile 6—15, de viață. Urmările carenței afective sînt mai benigne după vârsta de 5 ani. Durata carenței afective este și ea importantă, la peste 3 luni de separare, vindecarea fără urme devenind problematică. RENE SPITZ, utilizînd două loturi de copii născuți, crescuți în condiții deosebite, dar lipsiți de mamă, iar ceilalți în condiții mult mai modeste, dar îngrijiți de mamele lor, a pus în evidență, prin metode psihometrice adecvate vârstei, un decalaj semnificativ privind dezvoltarea lor intelectuală, și anume: în timp ce la primul lot de copii, după 2 ani, se înregistrează o scădere a QI de la 124 la 45, la al doilea lot, QI a crescut normal, ajungînd în jurul valorii de 105/mediu bîn. totodată, rata mortalității la primul lot a fost de 1:3 (37%), în timp ce la al doilea lot nu s-a înregistrat nici un deced.

Tulburările tardive determinate de carența afectivă durabilă se manifestă, pe plan afectiv, prin inaptitudinea acestor copii de a stabili relații sociale normale. Legăturile afective sînt superficiale, agresivitatea necontrolată, uneori fiind realizat aspectul de pervers constituțional, descris de DUPRÉ. O carență afectivă durabilă poate constitui o posibilă bază pentru schizofrenie, nevroze, tulburări de comportament sau chiar pentru afecțiuni de aspect organic (de exemplu tuberculoza). Studii asupra adolescenților și adulților dezadaptați au arătat că rata delincvenței este mai înaltă de 4—5 ori la cei carențați afectiv în copilărie, față de cei crescuți în familii armonioase. Anumite situații (dificultăți grave materiale, afecțiuni cronice în familie, hîndicapați etc.) impun cu necesitate spitalizarea copiilor. Prezența cuasipermanentă a mamei lângă copil, păstrarea de către acesta a unui obiect matern sau încredințarea lui unei sin-

gure persoane (ca substitut matern) reprezintă măsuri menite să atenueze efectele carenței afective. La vîrstă adultă, carența afectivă, determinată de dificultățile de relaționare interpersonale (timiditate, hiperemotivitate introversie) sau de accidentele din viața personală (abandon, doliu, bătrînețe, emigrare), se poate compensa prin activitate sau poate determina manifestări psihopatologice, care evoluează de la stări depresive de intensitate variabilă, pînă la conduite suicidare → ABANDON, ANACLITIC, TRAUMA.

101. CARENȚĂ DE AUTORITATE. ● Ca și carența afectivă, carențele de autoritate au efecte nocive asupra dezvoltării personalității copilului, tatăl fiind investit în familie cu autoritatea supremă. Pe măsură ce copilul crește, rolul mamei scade, iar cel al tatălui crește, egalîndu-se pe la 7 ani, apoi ambele scad paralel, pînă ce copilul își capătă autonomia, relația copil-adult devenind relația adult-adult. Intervenția tatălui se poate face prin intermediul mamei sau direct, în acest din urmă caz fiind scurtă, netă, măsurată. Tatăl abuziv poate comite și excese, chiar de tipul protecționismului exagerat și nu se poate considera încă că un copil a devenit adult decît în momentul în care acceptă insecuritatea, ca un risc normal. În acest sens, tatăl trebuie să-i trezească gustul pentru risc, evitînd să-i distrugă spiritul de inițiativă și curajul. SUTTER și LUCCIONI consideră autoritatea veritabilă ca un apel și nu ca o presiune, decît nu ca tiranie și copilul tiranizat se simte incapabil să-și egaleze tatăl.

Mai frecvente sînt cazurile de autoritate paternă insuficientă, cu consecințe grave în structura personalității. Studiate de aceeași autori, ele se traduc prin structuri anormale ale personalității și prin tulburări ale relațiilor cu mediul. Caracterul este slab, fără rezistență, indecis. Conștiința morală este sărăcită, lipsește ierarhia valorilor, adesea se manifestă un conformism comod. Paradoxal în aparență, unii subiecți care au suferit în copilărie carența de autoritate, par să-și simtă lipsa la vîrstă adultă și acceptă sau caută unele cadre rigide, autoritare.

102. CARENȚĂ DE AUTORITATE^(S) sindrom ● Sindrom descris de SUTTER și LUCCIONI (1963), caracterizat prin triada slabiciune și lipsă de coeziune a personalității, rigiditate afectivă și „asecuritate”. Acest sindrom ar facilita, după cei doi autori, recurgerea la suicid și poate îmbrăca o gamă de manifestări situate între polul „expansiv”, în care domină revolta, revendicările, existența haotică, și „atitudinea inhibată, dominată de indecizie,

supunere, retragere și monotonie". Este generat de absența autorității parentale. Autoritatea, diferențiată de dominație, ar trebui să-i ofere copilului nu numai ordine, ci și criteriile de valoare, condiții absolut necesare unui dialog activ și afectiv cu lumea.

103. **CARENȚĂ SOCIALĂ** ● Se manifestă ca rezultat al privării unui individ de contactele cu alții și are drept principală cauză claustrarea.

104. **CARFENAZINE^(M)** S.U.A. — DCI *Carfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazilalkilfenotiazinic, de tip 1-/10-β-/4-(2-hidroxietyl)-1-piperazinil-/propil-/fenotiazin-2-il/-1-propanol, având aceleași indicații ca și flufenazinele.

105. **CARFOLOGIE** (cf. gr. *karphe* „așchie dintr-un obiect” și *legein* „a culege”) → ^{sin.} MUSITANT^(D) delir.

106. **CARIDIAN^(M)** Iugoslavia — DCI *Mepindolol* ● Betablocant, de tip 1-(isopropilamino)-3-/(2-metilindol-4-il)oxi/2-propanol, indicat în anxietate, sevrage de diferite origini, afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

107. **CARIDOLOL^(M)** Japonia — DCI *Propandolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propandolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenergice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **PROPRANOLOL^(M)**.

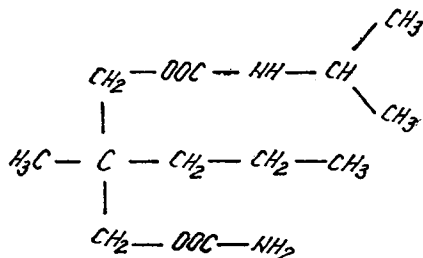
108. **CARIOTIP** (cf. gr. *karyon* „nucă” și *typos* „semn, marcă”) ● Prezentarea standardizată a formulei cromozomiale, prin tehnica stabilită de LEJERINE (1962). Cromozomii se evidențiază în culturi de celule vii la care diviziunea celulară este blocată în profază. Diverse tehnici de colorare au permis citogeneticii studiul cariotipului și al eventualelor aberații cromozomiale care, în majoritatea lor, prezintă interferențe psihiatrice.

109. **CARISOL^(M)** Norvegia și **CARISOMA^(M)** S.U.A. → **CARISOPRODOL^(DCE)**.

110. **CARISOPRODOL^(DCE)** ● Derivat propandiolic, de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol-carbamat Isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și unele valențe antidepressive. Indicat în nevroze cu componentă depresivă, la personalități psihastenice și ca adjuvant

în tratamentul psihozelor. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANIDOL^(M)	Coreea
APESAN^(M)	Olanda
ARTIFAR^(M)	Grecia



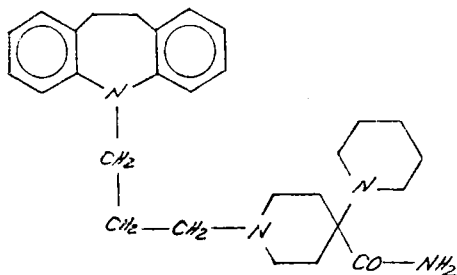
CAORODAT^(M)	Suedia
CARISOL^(M)	Norvegia
CARISOMA^(M)	Anglia
CARISOPRODOL^(M)	Spania
DIODENE^(M)	Italia
FLEXARTRAL^(M)	Franța
ISOBAMATE^(M)	Israel
MEPRODAT^(M)	Finlanda
MIOCALMA^(M)	Portugalia
MIO-RELAX^(M)	Spania
MIORIL^(M)	Italia
MIOXOM^(M)	Italia
RELA^(M)	S.U.A.
RELASOM^(M)	Israel
RELAXO-POWEL^(M)	Spania
SONOMA^(M)	R.F.G.
SCUTAMIL^(M)	Ungaria
SOMA^(M)	Grecia
SOMADRIL^(M)	R.F.G.
SOMALGIT^(M)	Elveția
SOMALGIT-SIMPLE^(M)	Spania
SOMANIL^(M)	Japonia

111. **CAROPAN^(M)** Japonia — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent, de tip α,α-difenil-2-piperidenmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale în preinvoluție, TDS, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

112. **CARPENTER^(B) sindrom** sin. — **ACRO-CEFALOPOLISINDACTILIE** ● Eredopatie cu mod de transmite recesiv-autosomal, avînd ca expresie clinică un sindrom plurimalformativ și

acrocefalie, hipoplazia etajului mijlociu al feței, cu deplasarea laterală, polidactilie și sindactilie, obezitate, hipogonadism, nanism. Întotdeauna se asociază cu debilitatemintală, de obicei, profundă.

113. **CARPIPRAMINE**^(DCT) ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă, reunind un segment



identic al neurolepticelor sedative, specific derivaților butirofenonici (HALOPERIDOLUL), cu un segment al antidepresivelor timoleptice, specific derivaților dibenzazepinici (IMIPRAMINE), realizând, în final, o structură de tip 1'-β-(10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepin-5-il)-propil/(1,4'-bipiperidin)-4'-carboxamidă, cu acțiune timoleptic sedativă moderată. Indicat în psihogenii și reacții cu componentă depresivă, în sindroame depresive consecutive sevrărilor și în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibitate și delirante, în asociere cu un neuroleptic sau antidepresiv, în funcție de tabloul clinic. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici: DEFEKTON^(M) Japonia și PRAZINIL^(M) Franța.

114. **CARTER Robert-Brudenell** (1828—1918) ● Chirurg-oftalmolog englez. Atras de problemele psihiatriei, publică un studiu intitulat „Despre patologia și tratamentul isteriei”, în care introduce termenul de REFULARE, considerând că, cel puțin în parte, manifestările isterice sînt consecința unor „emoții sexuale refulate” din motive de interdicție socială ... „dar, interdicția a diminuat pînă la dispariția ei — în timp ce isteria nu — ceea ce ne obligă să fim mai reticenti”. De reținut totuși penetranța observației, avînd în vedere atît momentul în care se face afirmația menționată,

cît și faptul că autorul era chirurg. Pornind de la această observație, el încearcă să explice și frecvența mai scăzută a isteriei la bărbați, opinie acceptată timp de un secol, dar care în prezent nu mai întrunește unanimitatea.

115. **CARTRIC**^(M) Japonia — DCI *Roscinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat reserpină, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive și este un marcat hipotensor.

116. **CARUS Karl-Gustav** (1789—1869) ● Ginecolog și obstetrician german, profesor al Academiei de medicină și chirurgie din Dresda. Atras de psihiatrie, publică, în 1864, o lucrare intitulată „Psihicul — spre o genetică a sufletului”, în care opune „spiritului conștient”, rațional, un „spirit inconștient”, irațional, dar creator, și introduce astfel în scenă INCONȘTIENȚUL, care va deveni vedeta unor studii de psihanaliză abia la finele secolului al XIX-lea.

117. **CARVISKEN**^(M) Japonia — DCI *Pindolol* ● Betablocant, de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism și adjuvant în combaterea sevrărilor. Nu se administrează în depresii și nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

118. **CARXIN**^(M) Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol-1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă și secundar, are și valențe analgezice.

119. **CASANTIN**^(M) R.F.G. — DCI *Dietazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină, de tip 10-(2-dimetilaminoetil) fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și în medicina psihosomatică.

120. **CASĂ-ARBORE-OM**^(T) test sin. →
BUCK^(T) test.

121. **CASPER**^(S) *sindrom* — sin. EREUTOFOBIE^(P) sin. → ERITROFOBIE^(P).

122. **CASSIER**^(S) *sindrom* — sin. ACRO-SFIXIE CRONICĂ HIPERTROFICĂ și ACROCIANOZĂ CRONICĂ HIPERTROFICĂ ● Descris de autor, în 1912, constă în reunirea elementelor definitorii ale sindromului nevrotic cu tulburări vegetative evidente, cea

mai clară fiind cianoza extremităților și modificările trofice. Etiologia continuă să rămână o necunoscută.

123. **CASTILIUM^(M)** Portugalia — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei. Indicat și în afecțiunile psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate ; adecvat pentru tratamentul ambulator, neinfluențind reflexele conducătorilor auto.

124. **CASTRARE** (cf. lat. *castrare* „a castra”) — sin. EUNUCHISM ; EVIRAȚIE ^{sin.} → EMASCULAȚIE.

diferit, la cele două sexe. La băiat, castrarea este resimțită ca urmare sau efect al amenințării paterne, amenințare provocată de activitatea sexuală a băiatului. Fata resimte absența penisului ca un prejudiciu, pe care încearcă, inconștient, fie să-l nege, fie să-l compenseze sau să-l repare. Există o strânsă legătură între complexul de castrare și complexul Oedip, în special prin funcția interdiativă și normativă a acestuia (PONTALIS și LAPLANCHE). La băiat, dispariția complexului Oedip se înlocuiește prin complexul de castrare. La fată, complexul Oedip este secundar, fiind pregătit de complexul de castrare. Inițial, băiatul nu este frapat de diferența anatomică sexuală, pe care o sesizează ; el va reacționa mai târziu, sub influența castrării. Pentru el, agentul



Goya

125. **CASTRARE** — complex ● Unul dintre marile complexe descoperite și precizate de psihanaliză, cu originea în fantasma castrării, legat de faptul că, la un moment dat, copilul își pune problema diferențierii dintre sexe (diferență legată de absența sau prezența penisului). Această diferență este atribuită, în plan fantasmatic, acțiunii de tăiere a penisului la fată. Complexul de castrare se produce

castrator devine tatăl, autoritate căreia îi va atribui toate amenințările. Reacția băiatului la amenințarea castrării poate genera, ulterior, două atitudini față de femeie : fie oroare pentru această creatură mutilată, fie un sentiment net de superioritate. Simbolic, virilitatea se asociază cu forța, puterea, intelectul, afirmarea de sine, în timp ce feminitatea (inconștient asimilată cu mutilarea) se asociază simbolic cu

slăbiciunea, inferioritatea, decapitarea, moartea (CH. BADOUIN). Fata reacționează diferit, sesizând că, în comparație cu băiatul îi lipsește ceva. Dorind să posede acest lucru care îi lipsește, ea va începe să invidieze ființa de sex opus. Consecința acestei dorințe va modifica atitudinea fetei față de mama sa, alegând ca obiect al iubirii pe tată, ceea ce constituie intrarea în complexul Oedip.

Angoasa castrării este considerată de psihanalisti ca începutul perioadei de latență și de formare a Supra-Eului. Ca modalități de manifestare simbolică a fantasmai de castrare, pot fi menționate : acte care ating integritatea corporală, acte care ating integritatea psihică, acte obsesionale, fobii, sentimentul de inferioritate. FREUD leagă complexul de castrare de stadiul falic : în această fază, copilul percepe în organizarea genitală infantilă, un singur organ sexual, falusul (organul masculin) ; deci nu există, în faza respectivă, masculin și feminin, ci masculin sau castrat. Caracteristica narcisică a complexului de castrare constă în faptul că falusul este resimțit ca parte esențială a propriului Eu, astfel încât amenințarea care vizează falusul revine la o amenințare asupra Eului. În acest sens, complexul de castrare trimite la o rană narcisică.

În ceea ce privește fundamentarea teoretică a complexului de castrare, au existat mai multe direcții psihanalitice. Psihanaliștii afirmă prezența complexului de castrare la toți indivizii umani și s-ar pune atunci întrebarea : cum este posibil ca o ființă să fie amenințată cu pierderea unui lucru pe care nu-l posedă ? Angoasa de castrare este considerată de unii autori ca rezultat al unei serii de experiențe traumatizante, în care intervine separarea de, sau pierderea unui anumit obiect (de pildă, pierderea sînului, prin sevraj) și este vorba aici de echivalențe simbolice între diferite obiecte parțiale, de care individul se separă. După A. STÄRCKE, retragerea repetată a sînului în perioada alăptării și, ulterior, retragerea definitivă, în sevraj, ar constitui prototipul complexului de castrare (ar fi aici o castrare primară, universal prezentă, castrarea de natură orală). RANK atribuie un rol esențial traumatismului nașterii (separarea de mamă, prin naștere, și reacțiile fiziologice declanșate prin această separare constituie prima criză de angoasă, model al oricărei angoase ulterioare și deci angoasa de castrare ar fi o prelungire-ecou a angoasei nașterii). ADLER consideră că nevoia de securizare (căutarea securității), manifestată simptomatice în diferite obsesii, trimite la inconștientul profund, la nevoia de reușie maternă. Atitudinea lui FREUD față de aceste concepții este rezervată și el insistă asupra păs-

trării expresiei „complex de castrare”, cu referire esențială la fantasma castrării, legat de existența și pierderea penisului. În perspectivă social-culturală, castrarea ar semnifica faptul că exercitarea unui drept are, corelat, o interdicție și amenințarea castrării devine amenințarea legii (cf. FREUD, „Totem și Tabu”).

126. CASTROFILIE (cf. lat. *castrare* și *philia* „prietenie”) sin. EONISM ^{sin.} → TRAVES-TISM.

127. CASTROFRENIE (cf. lat. *castrare* și *gr.* *fren* „inimă, suflet”) ^{sin.} → NEOKLOPIE.

128. CAȘEXIE (cf. gr. *kakos* „rău” și *hexis* „stare”) — sin. ATROFIE GENERALĂ PROGRESIVĂ ● Tulburare metabolică profundă întâlnită în stadiile tardive ale evoluției unor boli cronice (TBC, neoplasme etc.). Bolnavii au un aspect caracteristic, determinant de scăderea ponderală excesivă — cu peste 30% din greutatea normală —, ce duce la dispariția stratului adipos, tulburări trofice (este vizibilă „topirea maselor musculare”), tulburări funcționale complexe. Grava atingere somatică determină o astenie marcată, cu dificultatea îndeplinirii activităților igienice minime și păstrarea preponderentă a clinostatismului. Foarte frecvent survin complicații infecțioase, îndeosebi pulmonare. Mai rar întâlnită astăzi — în condițiile existenței unei terapii adecvate — în delirurile cronice, ajunse în stadiile avansate ale demenței, este, în general, apanajul gerontopsihiatriei, vîrsta înaintată, cu modificările specifice involuției, și boala psihică concurend la apariția acestei stări de deteriorare extremă somatică și a vieții psihice.

129. CAȘINATIE (de la Casina, numele unei comedii a lui PLAUT) ● Ris fără motivație sau stimulent adecvat, întîlnit în oligofrenie, intelect de limită, stări reziduale, demențe.

130. CATH (cf. lat. *cathoedulis*) — sin. HATH ^{sin.} → KATH

131. CATA (gr. *kata* „în jos”) ● Element de compunere, exprimînd semnificația de mișcare în jos, decădere, degradare, descompunere.

132. CATABITISMOMANIE (cf. gr. *katchythiso* „a se scufunda” și *mania* „neburnie”) ● Este un termen utilizat pentru a defini impulsul patologic către suicidul prin înec (HINSIE). Nu se utilizează în mod curent în practica medicală.

133. **CATACLONIE** (cf. *cata-* și gr. *kloneo* „a împinge, a produce tulburare, confuzie, dezordine”) — sin. **TATACLONUS** ● Mișcări convulsive ritmice, cu determinism psihogen, întâlnite, de obicei, în manifestările critice de tip isteric.

134. **CATAFAZIE** (cf. *cata-* și gr. *phasis* „vorbire”) — sin. **CHASLIN** și **LITANIE**
DECLAMATORIE (CHASLIN) → **VERBİ-GERAȚIE**.

135. **CATAGELOFOBIE**^(P) (cf. *cata-* și gr. *gelos* „ris” și *phobos* „frică”) ● Teamă excesivă, patologică, nemotivată printr-o experiență negativă anterioară, de a fi ridicol, de a te face de ris. Prezentă în timiditatea din adolescență, în personalități psihastenice.

136. **CATAGRAFIE** (cf. *cata-* și gr. *graphein* „a scrie”) ● Tulburare a scrisului, constând în repetarea cuvintelor sau a propozițiilor. Termenul și-a pierdut sensul psihiatric și în prezent desemnează înregistrarea în scris a unor variante care se repetă (fără a reflecta o situație patologică).

137. **CATALEPSIE** (cf. *katalepsis* „prindere, luare, oprire”) ● Menținerea involuntară a unor posturi sau atitudini corporale, determinată de modificarea tonusului muscular și pierderea inițiativei motorii. Aspectul cel mai frecvent întâlnit, evidențiat prin mobilizare pasivă, este acela al flexibilității ceroase, dar este posibilă și o hipertonie rigidă — catalepsie rigidă (la subiecți cu leziuni cerebeloase). Dacă inițiativa motorie este pierdută complet, subiectul este total imobil, pasiv, cu aspect de statuie, prezentând cele mai diverse poziții. Deși poate apărea în mai multe circumstanțe etiologice, catalepsia face parte mai frecvent din tabloul clinic al schizofreniei, epilepsiei și isteriei. Catalepsia catatonică se întâlnește în schizofrenie, în depresia melancoliciformă, stări confuzionale acute. Leziunile nucleilor striați determină, uneori, manifestări de tip catonic. În isterie se descriu crizele cataleptice cu debut brutal, opistotonus, posibilă pierdere a cunoștinței și somnul cataleptic, cu durată de la câteva ore la câțiva ani. În general, catalepsia este legată de un grad crescut de sugestibilitate, asemănându-se din acest punct de vedere cu ecolalia, cu ecopraxia etc. Ea poate fi indusă prin hipnoză (catalepsie hipnotică).

138. **CATALEPSIE CEREBELOASĂ** ● Descrisă de **BABINSKI** în leziunile de emisfer cerebelos. Subiectul în decubit dorsal poate menține timp îndelungat membrul inferior ri-

dicat, cu articulația gâtului flectată, fără a obosi și fără a ceda la încercarea de readucere în poziția normală și semn prezent în demența senilă și mixtă.

139. **CATALEPSIE DE TREZIRE (FEGHIN)** — sin. **LÖWENFELD-HENNEBERG**^(S) sindrom.

140. **CATALEXIE** (cf. *cata-* și gr. *lexis* „cuvânt”) ● Tulburare de citit, care constă în tendința de repetare a cuvintelor și propozițiilor. Se întâlnește la intelecte liminale, în nevroze motorii, în schizofrenie.

141. **CATAMNEZĂ** (cf. *cata-* și gr. *mnesis* „memorie”) ● Studiul evoluției unui subiect după părăsirea unui serviciu de psihiatrie, unde a fost internat pentru o afecțiune psihică. Cuprinzând perioade largi de timp, catamneza oferă posibilitatea obținerii unor date privind evoluția și prognosticul anumitor afecțiuni, ca și a unor informații asupra posibilităților de integrare și readaptare socială a bolnavilor. Studiul catamnetic a creat cadrul modificării opiniei empirice asupra unor afecțiuni, așa cum s-a întâmplat cu studiile lui **MANFRED BLEULER** și ale lui **CIOMPI** asupra schizofreniei.

142. **CATAPLEXIE** (cf. gr. *kataplexie* „consternare, stupeoare”) ● Disoluție bruscă, de scurtă durată (secunde-minute), și totală a tonusului postural, antrenând căderea, fără suprimarea conștiinței. Atacul cataleptic se produce în circumstanțe stresante (emoții puternice, plăcute sau neplăcute, groază), uneori fiind declanșat chiar de ris. Căderea nu este totuși la fel de brutală ca în criza epileptică, producându-se secvențial, ca și cum mișcarea ar fi descompusă (a fost comparată cu aceea a unei păpuși de cârpă). Uneori, pierderea tonusului este doar parțială (numai la nivelul membrelor superioare sau inferioare, sau al mandibulei) și, spre deosebire de criza epileptică, subiectul nu emite nici un sunet. La revenirea din criză subiectul este bradipsihic, încearcă să înțeleagă ce i s-a întâmplat, este anxios, având intactă memoria episodului (nu există amnezie lacunară). După criza crize, anxietatea diminuează, dar pacientul rămâne preocupat de aspectul „tragi-comic” al crizelor, încercând să evite situațiile stresante care le-au declanșat. Se asociază deseori (după **MICHAUX**, totdeauna) cu narcolepsia, constituind sindromul atazic Gelineau, dar nu este exclus să alterneze sau să se manifeste independent de acesta. Psihofiziologic, atât emoțiile, cât și cataplexia sînt însoțite de diminuarea tonusului muscular și de

vagotonie (FERNANDEZ), cu sau fără atingerea centrilor mezodiencefalici ai scmnului, producându-se o disociație între somnul psihic și cel fizic („Spiritul continuă să vegheze într-un corp adormit” — LHERMITTE). Desecri, cataplexia se asociază altor manifestări mezodiencefalice (tulburări oculare, halucinoză, ris spasmodic, alte tulburări de tonus). Uneori, există asocierea cu un teren discriinic tireogenital. Se descrie o formă de adormire (cu akinezie totală, conștiință normală) și una de deșteptare (akinezie totală, în trezirile bruște și brutale, de obicei, prin desincronizarea „trezirii somatice” de cea „psihică”). De cele mai multe ori, niciuna dintre aceste circumstanțe nu are semnificație patologică. Cataplexia trebuie diferențiată de crizele akinetice, epileptice sau de alte crize oligosimptomatice, de aceeași natură. Clomipramina acționează în cataplexie prin efectul opus anticonvulsivantelor.

Alte sensuri, puțin utilizate : starea de imobilitate și rigiditate întâlnite la animale după un stres intens și scmnul hipnotic (în terminologia anglo-saxonă) ; starea de prostrație din debutul acut brutal al unor boli și apoplexia fudroaientă.

143. CATAPTOSIS ● Termen folosit de GALIEN (129—201) pentru a desemna accesul epileptic sau apoplectic și în prezent nu mai este utilizat.

144. CATASTROFĂ (cf. gr. *katastrophe* „răsturnare”) ● Avînd sensul de eveniment deosebit de grav, imprevizibil și urmat de consecințe dezastruoase, termenul este folosit în psihiatrie pentru a desemna, pe de o parte, reacțiile psihologice la un eveniment de acest tip (reacția de catastrofă) și, pe de alta, reacția catastrofică a subiecților cu leziuni organice cerebrale.

● Reacțiile la catastrofă sînt determinate de evenimente grave, afectînd un număr important de persoane : accidente feroviare sau de aviație, inundații, incendii, cutremure, bombardamente. Dacă din punct de vedere individual, modul de reacție se înscrie — așa cum au arătat studiile făcute și la noi în țară, cu ocazia inundațiilor, de psihiatri din Tg. Mureș, și cu ocazia seismului din 1977, de Institutul de Neuropsihiatrie — în tipurile de reacție patologică obișnuită, în ceea ce privește colectivitatea, după WOLFENSTEIN, s-ar putea distinge trei perioade : inițială, de perplexitate, în care pericolul este negat sau supradimensionat și secundară, în care fazei de șoc îi succedă cea de reacție propriu-zisă, caracterizată printr-o serie de manifestări emoționale ce pot îmbrăca un aspect aberant și o determinare

emoțională a comportamentului și o ultimă fază, de interacțiune, în care atitudinile devin mai raționale, individul se reîntoarce la comportamentul de grup, mobilizîndu-și eficient forțele. Această ultimă etapă, postcritică, este cea în care reacțiile se individualizează, producîndu-se o nouă apreciere și o personalizare a situației. Studiile de psihologie colectivă sugerează o posibilă ameliorare a reacției la catastrofă, prin antrenament.

● Reacția catastrofică este de structurare brutală a capacității de răspuns la o situație dată, atunci cînd subiectul, pus în fața unor sarcini pe care, anterior bolii, le rezolva cu ușurință, eșuează datorită anxietății. Modul brusc în care această reacție se declanșează, pe fundalul unui organism cu capacitate de inhibiție și control redusă, face ca descărcarea ei să fie brutală, prin scurtcircuit. O asemenea reacție trebuie să fie considerată — după opinia lui GAINOTTI — ca rezultat al unei situații catastrofice, în care se întretaie factori multipli, ce țin tot atît de mult de caracterul organic, cît și de natura psihodinamică (nevoile afective ale subiectului, modalitățile sale obișnuite de adaptare la stres).

Lumea experienței subiectului este tot atît de cutremurată de boală ca și subiectul însuși, schimburile dintre individ și mediu devin tot mai schematice, mai simplificate, bazîndu-se pe rigiditatea unei ordini forțate, pe reducerea dimensiunilor spațiale, temporale și de semnificație ale universului înconjurător.

Agățarea de obiecte cunoscute (încă), de situații familiare și de concret este determinată de restrîngerea permanentă a granițelor acestei lumi, dincolo de care pîndește abstractul și prăpastia necunoscutului, un labirint fără ieșire. Ipoteza în care un astfel de subiect este pus într-o situație limită, menită să evidențieze capacitatea sa operațională, cum este testul psihologic, a fost analizată de TISSOT și AJUR-AGUERRA, care au sintetizat comportamentele observate cu această ocazie. Unii subiecți se declară incapabili de a îndeplini sarcinile cerute de un test, anterior detaliilor acestora, încercînd astfel să-și asume un control anticipativ al situației. Evitarea angajării imediate în situație este una dintre conduitele cele mai frecvente, mascate prin cererea de repetare a instrucțiunilor sau prin comentarii asupra conținutului acestora. Refuzînd calea raționamentului abstract (care, de multe ori, nu le mai este deloc accesibilă), acești subiecți încearcă strategii de compensare, agățîndu-se de detalii concrete și fragmente. Cele mai frecvente conduite sînt răspunsurile subiective, superficializarea sarcinilor, comportamentele de socializare, comen-

țările ironice și întrebările adresate examinatorului, asupra sensului și scopului examenului, automatismele „de prezență” și automatismele „de absență”.

Conduitele catastrofice față de eșec intervin când devin ineficiente toate tehnicile prin care subiectul a încercat să-l evite sau să se distanțeze de situația de eșec (motivînd-o prin dificultăți motorii, substituind-o cu afirmarea valorii trecute a subiectului sau minimalizînd importanța testului). Subiectul, cuprins de anxietatea pe care este incapabil să o stăpînească, poate avea conduite de fugă (refuzul hotărît de a mai continua examenul, încercarea de a părăsi sala de lucru și chiar realizarea acestei acțiuni), sau manifestări agresive (proteste, amenințări, contestarea legitimității examinatorului). Reacția catastrofică este legată de personalitatea anterioară degradării organice, demonstrînd, odată mai mult, intervenția premorbidului în structura oricărei manifestări psihopatologice. Anxietatea pe care subiectul o resimte nu derivă numai din consecințele obiective ale leziunii asupra planului realității, ci și din cele subiective, legate de nevoile afective și de conflictele ne rezolvate de subiect.

145. CATASTROFĂ — teorie ● Teorie matematică modernă, avîndu-l drept autor pe RÉNÉ THOM (numită astfel de C. ZEEMAN), care încearcă sistematizarea studiului sistemelor biologice din natură (ulterior, extinzîndu-și domeniul și asupra altor sisteme dinamice). Autorul reușește o modelare geometrică, pornind de la premisa că orice funcție $F(x)$, dacă primește un număr de parametri de control, devine, în vecinătatea unui punct critic, descriptibilă printr-o funcție cu expresie foarte simplă. Dacă funcția nu are decît cel mult patru parametri, este netedă (i se pot scrie toate derivatele) și este definită pe un spațiu „n” dimensional real și cu valori într-un spațiu unidimensional, nu poate lua decît șapte forme posibile (catastrofele elementare — THOM): cută, colț, coadă de rîndunică, fluture, ombilic eliptic, ombilic hiperbolic, ombilic parabolic.

Teoria catastrofelor permite studiul a două din cele trei calități dinamice ale unui sistem în evoluție: echilibrul stabil în care se află sistemul, declanșarea unei acțiuni dezechilibrante, reîntoarcerea în stadiul de echilibru, și anume ultimele două.

Desigur că un astfel de model, care „poate fi folosit în egală măsură pentru controlul evoluției sistemului și precizarea comportării acestuia în condiții determinate” (I. A. DOROBANȚIU), își poate găsi o configurare în patologia reactivă și intervenția terapeutică.

146. CATATIMIC^(D) *delir* (cf. *cata-*; gr. *thymos* „spirit, voință”) ● Convingere puternică, impenetrabilă la argumente logice, cu conținut absurd, generată de o stare afectivă puternică, depresivă sau maniacală, stare ce are repercusiuni și asupra comportamentului pacientului, influențîndu-l în sensul inhibiției sau, respectiv, al excitației. Noțiunea a fost introdusă de MAYER, în 1912, și contestată ulterior, pentru a explica patogeneza anumitor psihoze reactive. În cazul unor constituții fragile (în urma unor psihotraume din copilărie), o situație existențială obișnuită poate declanșa o reacție de intensitate psihotică. Este un mecanism comparabil cu alergია, în ceea ce privește discrepanța cantitativă dintre cauză și efect. Acest mecanism patogenetic ar face trecerea între conflictele intrapsihice și psihotraumele existențiale.

147. CATATIMIE (cf. *cata-*; gr. *thymos*) — sin. AFECTIVITATE ELABORATĂ ● Termen depășit de concepțiile moderne din psihiatrie care a avut semnificații diferite, după diverși autori. KRETSCHMER înțelegea prin catatimie „transformarea pe care o exercită afectivitatea asupra vieții psihice, în ansamblu”. Utilizat de GUIRAUD, în concepția sa bioneurologică despre psihic, termenul definește activitatea elaborată, determinată de influențele sociale care, împreună cu holotimia, reprezentată de nivelul pulsional, alcătuiește afectivitatea. După FENOUS (1955), catatimia desemnează perturbările paroxistice ale timiei, distingîndu-se :

- catatimie depresivă, cu depresie, bradipsihie, bradikinezie ?
- catatimie expansivă, cu euforie, bucurie sau furie ?
- catatimie a pasivității, cu relaxarea tonusului afectiv și akinezie motorie.

Survenind brusc, aceste perturbări pot dezorganiza întreaga activitate psihică, declanșînd adevărate raptusuri schizoforme.

148. CATATONIE (cf. *cata-*; gr. *tonos* „tensiune”) ● Dezintegrare a conduitei psihomotorii, prin diminuarea sau absența inițiativei motorii, tradusă prin reducerea la un nivel semiautomat și stereotip a mișcărilor, ca și prin scăderea sau dispariția eficienței și adecvării acestora. Considerată inițial, în mod eronat, de către KAHLBAUM, ca o entitate nozologică separată, caracterizată prin episoade motorii, cu evoluție finală spre demență, catatonie va fi asimilată cu una dintre formele demenței precoce, de către KRAEPELIN. Deși s-a demonstrat că elementele sindromului catatonîc pot apărea într-o serie de sindroame confuzionale, care nu au nimic comun cu schizofrenia,

unii autori mențin confuzia lingvistică, rezervând termenul de catatonie, schizofreniei catatonice. Sindromul catatonice este constituit din următoarele elemente: negativismul psihomotor, stereotipiile, paramimile, manierismul, impulsunile, catalepsia, tulburări trofice (H. EY). Fundalul psihic pe care se desfășoară această tulburare aparent motorie, poate fi descris prin observații făcute pe două căi diferite, și anume: dezinhibiția cu amital sodic sau alte substanțe (eter, cocaină, scopolamină amfetamină), povestirile și autoobservația unor subiecți aflați în faza de remisiune. Halucinațiile imperative, sentimentul de a fi morți-vii, ideile de influență, anxietatea psihotică sînt elementele constitutive ale unui delir de tip oniric, pe care BARUK îl numește „delir catatonice”. Sentimentul morții iminente „mumifică” subiectul într-una dintre cele mai primitive reacții de spaimă, paraliză în fața pericolului sau, după autorii psihanalisti, retragerea propriului corp și revenirea la o poziție arhaică (cea fetală), cu narcisism dus la extrem.

Disociația planului ideativ-afectiv de cel motor, realizată prin deturnarea mecanismelor voinei, face dificilă totuși identificarea semnificațiilor conduitei motorii, chiar atunci cînd aparent, ele reprezintă un comportament de apărare inadecvat: furie, agitație catatonice. Circumstanțele etiologice ale catatoniei sînt, în ordinea frecvenței: psihozele schizofrenice, stările infecțioase și toxiinfecțioase, intoxicațiile, afecțiunile cerebrale. Detaliind, vom arăta că rareori există o formă pură de schizofrenie catatonice și că aceasta ar avea, după unii autori, două subtipuri: catatonie agitată și catatonie stuporoasă, la care alți autori (BARUK, SIDAWY, MALL, FERRARI) adaugă și catatonie periodică. În clinică, asocierea episoadelor catatonice cu cele paranoide sau cu semnele schizofreniei hebefrenice este o realitate unanim recunoscută.

În cazul afecțiunilor toxiinfecțioase în care se pot întîlni sindroame „catatoniforme”, amintim, împreună cu GARANT, următoarele circumstanțe: afecțiunile psihice, malarie, luesul în toate fazele, cu excepția celei primare, care dă o notă specială pentru PGP, reumatismul articular acut, colibaciloza, infecțiile tuberculoase. Intoxicațiile cu oxid de carbon, alcool și, astăzi de interes istoric, cele cu neosalvarsan, pot crea un tablou identic cu stările metabolice în care substanța cerebrală este autointoxicată de organism: diabet, uremie, insuficiență hepatică (BARUK, BRISSOTKATZ).

Tumorile cerebrale, sindromul pseudobulbar și encefalitele sînt ipostaze organice cerebrale în care catatonie poate fi prezentă. În ceea ce

privește modalitățile de expresie clinică, de abordare simptomatică, evolutivă sau etiologică, acestea au generat o serie de clasificări, în care, din păcate, nici o formă de eclecticism nu este operantă, pentru a putea realiza o delimitare satisfăcătoare. Astfel, KLEIST descrie: catatonie akinetică, catatonie parakinetică, catatonie manieristă și stereotipă, catatonie iterativă, catatonie negativistă, catatonie prosexică (cu acte impulsive și reacții de scurt-circuit), mutismul catatonice și catatonie „cu răspunsuri alături”. H. EY propune patru tablouri clinice ale sindromului catatonice: stuporea catatonice, agitația catatonice, habitusul catatonice (cu „micile semne ale catatoniei”: refuzul mâinii întinse, grimase, suris nemotivat, manierism vestimentar sau grafic, schimbări bruște de atitudine, izbucniri de ris nemotivat) și marea catatonie. După evoluție, au mai fost descrise: catatonie fiziologică a sugarilor (1939), catatonie tardivă (SOMMER și URSTEIN, 1910—1913), catatonie mortală (GUIRAUD, BARUK, GAUPP, FREEMAN etc.) și catatonie periodică.

Așa cum am arătat, multiplele circumstanțe etiologice impun o diferențiere înainte de luarea unei decizii terapeutice. Reamintim însă că, exceptînd afecțiunile organice ale sistemului nervos central, tratamentul electroconvulsivant își găsește în catatonie o indicație majoră, ori de cîte ori aceasta pune direct în pericol viața pacientului, prin dezechilibre metabolice și imposibilitatea îngrijirilor medicale. În cazul refuzului alimentar, dezinhibiția cu amital oferă o alternativă deseori utilă. Neurolepticele, hidratarea corectă, menținerea unei igiene corporale satisfăcătoare sînt condiții ale unei terapii complete.

În spatele fațadei imobile cu care venim în contact, se află o ființă imprezvizibilă în reacții, pe care boala o împiedică să se manifeste corespunzător; această ființă nu este insensibilă, așa cum pare, și deci nici detașată complet de evenimentele exterioare. Aparența imobilității, blocarea căilor de expresie mimico-gestuale, imposibilitatea decodificării atitudinilor nu trebuie să-l înșele pe terapeut, care trebuie să bănuiască întotdeauna o hipersensibilitate și o susceptibilitate majoră, în raport cu care, prin atitudinile sale, nu trebuie să stîrnească ostilitatea. Faptul că există cazuri în care aserțiunea anterioară este valabilă reprezintă un argument suficient pentru a se proceda în consecință.

149. CATATONIE MORTALĂ • Tulburare psihică majoră, legată de apariția unei stări febrile grave, a cărei frecvență, deși a suferit importante modificări după introducerea trata-

mentelor psihofarmacaceutice moderne, nu s-a redus complet. Semnele catatoniei mortale alcătuiesc un sindrom specific, care poate fi asociat fie unei deteriorări organice, fie uneia funcționale.

CALMEIL a fost primul care a descris, în 1832, o formă rară de psihoză, în cadrul unor stări febrile, caracterizată prin agitație proporțională cu creșterea febrei sau prin stări de stupoare, evoluind fatal spre deces (cu toată sărăcia de semne anatomopatologice înregistrate la autopsie). Descrierile ulterioare ale acestui sindrom s-au realizat sub diferite denumiri ca : mania Bell, catatonie fatală, mania delirantă acută, schizofrenia hipertoxică, sindromul de epuizare psihotic, delir acut, sindromul nevrotic Scheid, catatonie Stauder.

A. J. GELENBERG (1976) arată că sindromul catatoniei letale este o modalitate de răspuns nespecific al sistemului nervos central, care asociază tulburări neurologice, somatice și psihice. Trăsăturile clinice ale acestui sindrom sînt :

- apariția unei faze prodromale, care durează în medie două săptămîni și în care se instalează anorexia și insomnia, urmată, la intervale variabile, de apariția unui sindrom de excitație motorie
- pacientul este frecvent violent și are tendința de distrugere, „demolînd tot ce întîlnește înainte” (ARONSON)
- apar deseori „suiciduri bizare” și neașteptate, sau heteroagresiuni neprovocate (DAVIDSON)
- tulburările clarității conștiinței și refuzul alimentar sînt cele mai constante semne
- se mai pot asocia alte semne ale catatoniei : mutism, stereotipii, catalepsie, rigiditate, manierisme
- tulburări senzoriale de tip halucinator, vizual și auditiv
- tulburările somatice includ : tahicardie, transpirații profuze, deshidratare, hipertensiune arterială oscilantă, cianoza extremităților, hematoame subdermice, care duc la o alterare rapidă a stării generale
- febra crește în mod rapid în perioada evolutivă, atîngînd niveluri deosebit de ridicate.

Deși evoluția acestor semne este cuprinsă, după diverși autori, de la cîteva ore la cîteva săptămîni, O. ARNOLD și H. STEPHAN, stabilesc că media de evoluție este de circa opt zile.

Faza finală a sindromului catatonic este marcată de apariția unei stări stuporoase, înlocuind starea de excitație psihomotorie, la care se adaugă febra în platou extrem de ridicată

(peste 43°C), urmată de comă, colaps cardiovascular și moarte. Circumstanțele apariției acestui sindrom au fost recent sistematizate de MANN, CAROFF și BELIER (1986)

Tabel nr. XXXIII

PSIHOZE	● schizofrenie
	● boli afective
FUNCȚIONALE	● catatonie periodică
	● psihoze atipice.
BOLI CERE-BROVASCULARE	● tromboza arterei bazilare
	● leziuni hemoragice bilaterale ale lobului temporal.
TUMORI	● pinealoame difuze, periventriculare
	● glioame ale ventricolului III
	● angioame mezodiencefalice.
INFECȚII	● encefalite virale
	● febră tifoidă
	● malarie
	● paralizie generală progresivă
	● hepatită virală
	● septicemii.
BOLI METABOLICE	● hipertiroidism
	● boala Addison
	● boala Cushing
	● uremie
	● encefalopatie Wernicke
	● anorexie cerebrală.
INTOXICAȚII	● otrăvire cu tetraetil de plumb
	● dependență de sedative
	● sindrom malign neuroleptic.
ALTE CIRCUMSTANȚE	● stări postoperatorii
	● status petit mal
	● epilepsie genuină
	● traumatisme cranio-cerebrale.

Sindromul de catatonie letală poate fi întîlnit deci în cele mai variate circumstanțe, ceea ce impune o atitudine terapeutică adecvată.

Dintre mijloacele terapeutice indicate în fața acestei redutabile circumstanțe patologice, pe prim plan se situează electroșocul și administrarea de hormon adenocorticotrop și corticosteroizi, ca și încercarea de tratament etiologic (a! bolii cu care sindromul se asociază). Neuro-

lepticele nu au decît rezultate limitate și, evident, nu pot fi folosite în sindromul malign nevroleptic.

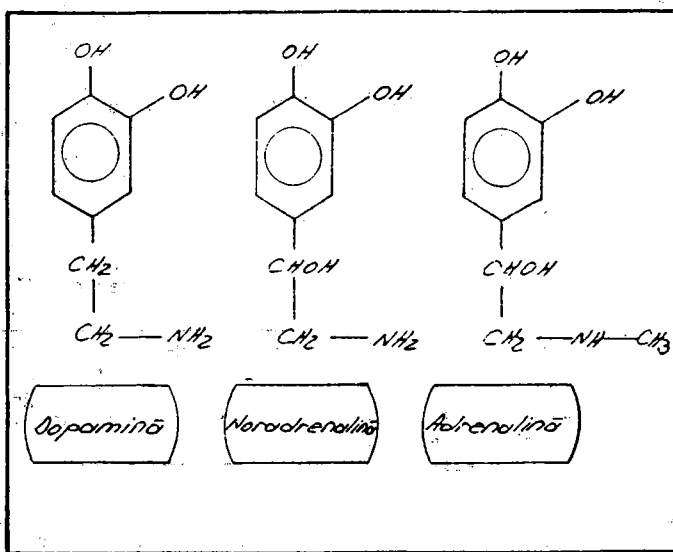
150. **CATATONIE TARDIVĂ** — sin KRAEPELIN^(B) boală • Afecțiune delimitată de KRAEPELIN, în 1912, și introdusă de MAYERGROSS, în 1955, în grupul psihozelor de involuție. Unii autori o consideră o formă catatonică târdivă a schizofreniei. După PREDESCU, face parte din grupul demențelor presenile.

Clinic, se caracterizează prin prezența unui sindrom catatonic fără stupor, anxietate intensă, stări confuzionale cu inhibiție totală și evoluție rapidă spre demență globală și exitus, în 6—12 luni de la debut.

151. **CATECOLAMINE** • Substanțe cu acțiune adrenomimetică, a căror structură chimică le determină și numele — amine ale catecolului. Catecolaminele sînt, de fapt, adrenalina, noradrenalina și dopamina, ultimele fiind implicate în activitatea sistemului nervos central prin rolul lor de neuromediatori cerebrali. Au fost evidențiate histochimic în neuronii cerebrali, formînd sisteme neuronale dopaminergice și noradrenergice, localizate la diferite nivele ale sistemului nervos central.

emoțional-afective. La nivelul sistemului nervos central, pe prim plan se situează activitatea noradrenalinei și dopaminei. Acestea, pe de o parte, interferează cu acțiunea a numeroase droguri psihotrope, iar pe de altă parte, sînt implicate în etiologia a numeroase afecțiuni psihice. Axonii neuronilor catecolaminergici cerebrali formează tracturi cu dispoziție specifică pentru fiecare substanță. Localizarea acestor tracturi permite aprecierea rolului noradrenalinei și al dopaminei în sistemul nervos central. Astfel, noradrenalina este implicată în comportamentele afective (euforie sau depresie, în funcție de activitatea hipo- sau hipernoradrenergică), în controlul stărilor de alertă, în mediția influențelor emoționale asupra tonusului muscular și în modificarea reflexelor medulare, în stări de anxietate (SOLOMON, SNYDER, 1980). POROT (1984) menționează legătura dintre activitatea noradrenergică și somnul lent și paradoxal, precum și posibila interferență cu etiologia schizofreniei.

Tracturile dopaminergice sînt mai discret reprezentate, avînd o localizare limitată în nucleii bazali (implicați în controlul motricității organismului), sistemul limbic, hipotalamus și cortexul cerebral. Această distribuție a nucleilor

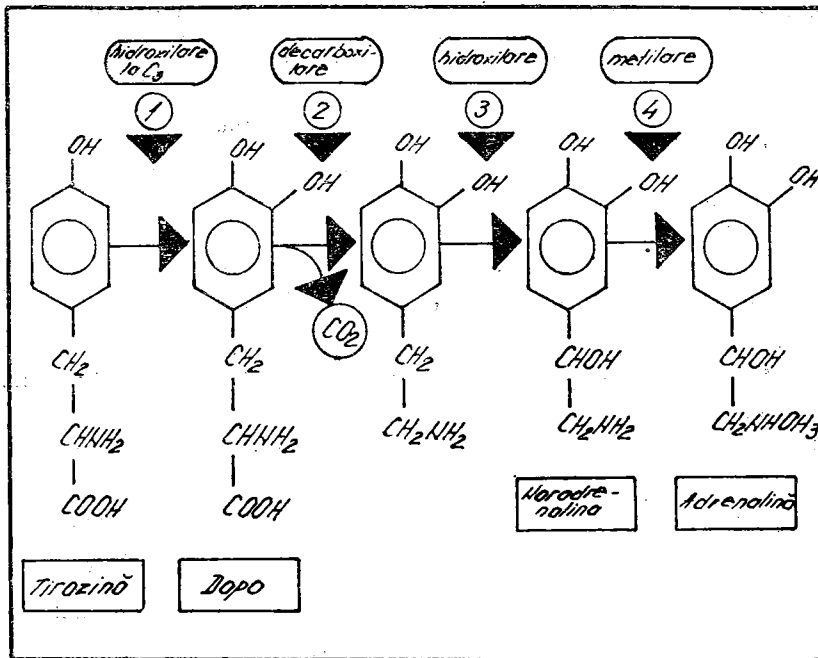


În afara efectelor periferice adrenomimetice ale adrenalinei și noradrenalinei, CANNON a considerat catecolaminele, încă din primele decenii ale secolului nostru, ca mediator de bază al adaptării la stress. Ele reprezintă, de asemenea, substratul biochimic al răspunsurilor

dopaminergici în sistemul nervos central face posibilă implicarea dopaminei în mecanismul patologic al bolii Parkinson. Pe de altă parte, ipotezele privind modificările activității dopaminergice în schizofrenie sînt întărite de constatarea că dopamina are o structură asemănă-

toare mescalinei, precum și de activitatea blocantă dopaminergică a drogurilor neuroleptice și a substanțelor dopaminergic-stimulatoare. Activitatea dopaminergică a fost corelată (1976) și cu tulburările afective.

de gândire. Constitutive reflectării raționale a realității, categoriile nu se pot defini după schema obișnuită prin gen proxim și diferență specifică, deoarece sînt genuri limită, nemai-existînd noțiuni și mai cuprinzătoare, cărora



Sinteza catecolaminelor

În afara corelațiilor dintre activitatea catecolaminergică în sistemul nervos central și stările psihice, fiziologice sau patologice, există numeroase interferențe medicamentoase posibile, în cursul sintezei metabolismului, degradării și eliminării catecolaminelor. Practic, aceste interferențe sînt realizate de aproape toate drogurile utilizate în terapia psihiatrică: hipnotice tranchilizante, antiepileptice, antiparkinsoniene, neuroleptice, antidepressive, psihostimulente.

152. CATEGORIE (cf. gr. *kategoria* „calitate, atribut elementar”) • Noțiune filozofică fundamentală care exprimă o proprietate esențială și universală, caracteristică tuturor entităților și proceselor, atribut definitoriu al oricărui existent, în genere. Atotcuprinzătoare prin sferă și extrem de abstractă sub aspectul conținutului, categoria denotă cele mai generale determinări ale obiectelor și evenimentelor, fiind implicată în orice act

să le poată fi subsumate ca specii. Din acest motiv, categoriile nu sînt accesibile definițiilor propriu-zise, ci suportă numai o tatonare spirituală, ce apelează la descriere, ilustrare, analogie etc. Pe de altă parte, prin extrema lor generalitate, categoriile sînt indispensabile pentru definirea și înțelegerea celorlalte noțiuni, de neconceput fără un suport semantic de ordin categorial. Cîștigul cel mai prețios și cel mai specific al trudei filozofice, categoria fixează punctele nodale în care se articulează concepția despre lume a unei culturi; oferind criteriile de inteligibilitate, schemele conceptuale prin care se edifică înțelesul rațional al firii. Continuînd demersul ontologic inițiat de presocratici (între care se detașează eleații și pitagoreicii), limpezind speculațiile metafizice din dialogurile platoniene, Aristotel alcătuieste prima tablă argumentativă a categoriei, în care distinge: esența, cantitatea, calitatea, relația, locul, timpul, situația, poș

sesia, acțiunea, pasiunea. Compromisă un timp de excesele speculative ale scolasticii medievale, problema categoriei este reluată, cu deosebită gravitate, în filozofia modernă, de către KANT. În spiritul apriorismului transcendențial, categoriile sînt definite nu ca proprietăți esențiale și universale ale realității obiective, ci drept paradigme lăuntrice intelectului, scheme imanente ale gândirii, prin care aceasta ordonează universul amorf și incoerent al impresiilor perceptive, înscrise (înainte de prelucrarea intelectuală) în formele a priori ale sensibilității, spațiul și timpul.

HEGEL reia problema categoriilor, pe care le interpretează, în spiritul sistemului său idealist obiectiv, drept momente necesare în devenirea dialectică a Ideii absolute — determinări prin care modelul logic al existenței se completează, căpătînd dinamism interior.

În rîndul filozofilor contemporani cu remarcabile contribuții la elucidarea problemei categoriilor, se numără M. HEIDEGGER, N. HARTMANN, Ch. RENOUVIER. Materialismul dialectic și istoric privește categoriile drept determinări fundamentale ale realității, al căror orizont epistemic se deschide din perspectiva unui context social-istoric determinat, sintetizînd aptitudinea praxisului de a dezvălui tot mai adînc alcătuirea și dinamismul immanent al firii.

153. CATEGORIALĂ (germ. *kategorial*) ● Capacitate a subiectului de a sesiza realitatea în ceea ce privește simbolul unui obiect și obiectul ca susceptibil de a reprezenta diverse realități. În afazie, bolnavul nu-și mai reprezintă raporturile care există între un lucru și celelalte lucruri pe care el le simbolizează, deci nu mai poate adopta o atitudine de clasificare față de acesta, pierzînd limbajul abstract.

154. CATESTEZIC^(D) delir (cf. *cata-* gr. *aisthesis* „senzație”) ● Noțiune introdusă de GHILJAROVSKI. Convingere nestrămutată, impenetrabilă la argumente logice și la proba obiectivă a realității, cu tematică hipocondriacă, avînd drept punct de plecare senzații corporale neplăcute. Delirul deformează dispoziția generală și comportamentul, subiectul solicitînd repetate consultații medicale, care însă nu-l liniștesc, nu-l schimbă ideile delirante.

155. CATHARSIS (cf. gr. *katharsis* „purificare”) ● Termenul elen avea o semnificație cuprinzătoare, denotînd orice act sufletesc de limpezire și iluminare, de curățire a spiritului de patimi și porniri stîrnite de simțuri. În acest sens, oficierea ritualurilor religioase sau acțiunea psiho-terapeutică aveau un efect

cathartic, eliberînd subiectul de chinurile pasiunii și determinîndu-l să-și găsească alinarea în pacea și împăcarea contemplației. ARISTOTEL face din catharsis o categorie estetică, definind virtutea tragediei de a curăța sufletul prin purificarea pathosului și asistînda desfășurarea implacabilă a evenimentelor tragice, spectatorul — tulburat de milă și de groază — își descarcă preaplînul sufletesc, fiind subtil îndemnat către o stare reflexivă, de calm contemplativ, în care acceptarea fatalității și aplecarea gîndului asupra temelor grave ale existenței conduc la împăcare și seninătate. Trezirea la realitate după spectacol, gîndul că totul nu a fost decît un joc dau spectatorului senzația de ușurare, după o acută tensiune emoțională, dar îi înalță spiritul, făcîndu-l disponibil pentru sentimente morale din cele mai elevate. Reluat în estetica iluministă (LESSING), conceptul de catharsis a cunoscut o strălucită dezvoltare în filozofia contemporană a artei, în lucrările lui B. CROCE și G. LUKÁCS. Ambii gînditori au făcut din catharsis o caracteristică a artei în genere, apreciînd că orice operă de artă, nu numai tragedia, ar avea vocația să ordoneze și să echilibreze tumultul pasional, înălțînd viața sufletească la altitudinea unui echilibru superior. Fidel spiritului aristotelic, LUKÁCS privește catharsisul ca pe un creuzet, în care se îngemănează eticul și esteticul, zguduirea cathartică avînd un puternic efect moral, prin transpunerea bruscă a subiectului din viața cotidiană în aerul rarefiat al înaltelor semnificații etice, înnobilîndu-i simțirea și discernămintul, pentru a-l face apt de acte morale.

BREUER folosește acest termen pentru a desemna efectul abreacției unei emoții refulate, aflate la originea unei tulburări isterice. Metoda cathartică va sta la baza tratamentului pe care, împreună cu FREUD, îl va aplica, începînd din 1880, și care-l va conduce pe acesta din urmă la „descoperirea psihanalizei” (PELICIER). În „Introducere în psihanaliză”, FREUD scrie: „se presupune că simptomele isterice au naștere atunci cînd energia unui proces psihic nu poate să ajungă la o elaborare conștientă. Vindecarea va fi obținută prin eliberarea afectului derivat și descărcarea sa pe căi normale (abreacție)”. Catharsisul poate lua aspectul unei descărcări brutale, mai mult sau mai puțin furtunoase, nu numai în cursul unei terapii de tip analitic, ci și sub imperiul unei emoții puternice sau în timpul unei preanestezii chirurgicale. La trezirea din coma provocată (insulină, electroșoc), eliberarea afectivă de acest tip ar fi, după unii autori psihanalști, doar trecătoare, ba chiar agra-

vantă. Nu subscriem la această opinie, arătând că mai multe psihoterapii, chiar fără legătură cu psihanaliza, au un efect cathartic : hipnoza, narcoanaliza și chiar psihodrama, iar în terapia copilului — jocul. Unele manifestări autistice sau conduite violente colective pot avea efecte cathartice. Aceste efecte ale transei africane sau afro-americane constituie, după cum avertizează R. BASTIDE, o metodă de control social, prin integrare într-un grup (în funcție de modele colective) și nu o defulare sau o activitate ludică → ABREACȚIE și ACTIVITATE LUDICĂ.

156. CATHEXIS (cf. gr. *kathēxis* „reținere, conservare”) ● Termen care desemnează, din punctul de vedere al economiei psihice, faptul că o energie psihică este atașată unui obiect, unei reprezentări, unei părți a corpului → INVESTIȚIE. Aparatul psihic funcționează prin investirea (distribuirea) energiei de care dispune, în diverse sisteme. În cadrul teoriei sale pulsionale, FREUD consideră că energia investită este energia pulsională provenită din surse interne — de aici expresia „investiție libidinală”, cu semnificația de investiție a energiei pulsioniilor sexuale.

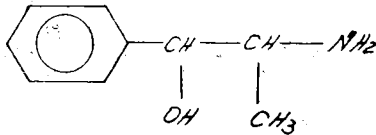
În a doua accepțiune freudiană, originea tuturor investițiilor devine Sinele, ca pol pulsional al personalității, celelalte două instanțe (Eul și Supra-Eul) împrumutând energie din rezervorul Sinelui. Sinele investește energia în obiecte sau imagini (obiect-cathexis, imagine-cathexis), după principiul plăcerii, fără a face o discriminare între obiecte și imagini. O imagine „mentală” însă, nu poate satisface, în mod real, o trebuință și pentru satisfacerea trebuinței, subiectul trebuie să asocieze ceea ce există în interiorul său cu un corespondent din lumea exterioară, prin intermediul unui proces secundar. Eul este astfel capabil de discriminare și investește energia psihică în obiecte, împiedicând fixarea ei pe imagini (principiul realității). Procesele secundare capătă ascendență asupra celor primare pînă într-atît, încît Eul poate deveni stăpîn pe utilizarea energiei psihice. Acumulînd în continuare energie, Eul nu o folosește numai pentru satisfacerea trebuințelor : o parte este utilizată pentru restrîngerea activității Sinelui → CONTRAINVESTIȚIE sau ANTICATHEXIS, o alta vine în confruntare (sau opoziție) cu forțele Supra-Eului și în rest, energia Eului funcționează în scopul păstrării și susținerii integrității aparatului psihic. Supra-Eul posedă o parte de energie instinctuală, pe care o ia tot din rezervorul Sinelui. Supra-Eul se formează prin interiorizarea imperativelor

morale venite de la părinți, părinții fiind primele obiecte de investiție libidinală precoce. În momentul în care Eul și Supra-Eul au achiziționat o cantitate suficientă de energie din rezervorul Sinelui, apare raportul de forțe și contraforțe. Distribuția corectă de energie între cele trei instanțe presupune ca Eul să devină factor de control asupra Sinelui și Supra-Eului, favorizînd astfel o adaptare echilibrată la realitate. MURRAY, în teoria sa asupra personalității, vorbește despre importanța și semnificația obiectelor cathectate, în raport cu satisfacerea trebuințelor și cu formarea intereselor. Un obiect care suscită o trebuință este un obiect cathectat și el are un cathexis pozitiv, dacă provoacă un comportament de atracție la subiect, și are un cathexis negativ, dacă subiectul manifestă o atitudine agresiv-combativă sau de îndepărtare și există și situația de ambivalență, cînd un obiect poate avea, simultan, un cathexis pozitiv și unul negativ. În acest sens, interesele unei persoane se formează plecînd de la anumite obiecte cu cathexis pozitiv sau negativ și se centrează asupra acestor obiecte. Intensitatea, durata, inflexibilitatea fiecărui cathexis, pentru un obiect sau grup de obiecte, sînt semnificative pentru dinamica și cunoașterea personalității. Astfel, persoanele, instituțiile, culturile pot fi analizate din punctul de vedere al obiectelor cathectate (adică prin prisma a ceea ce persoanele, instituțiile, culturile, grupurile de afiliație resping sau apreciază și cultivă). Categoria obiectelor pe care un individ le cathectează (le valorizează pozitiv sau negativ) este mai semnificativă, după MURRAY, decît puterea relativă a unor trebuințe (în special, în ceea ce privește alegerile și respingerile în relațiile interpersonale) și astfel, interesează în mod special natura obiectelor acceptate și natura obiectelor respinse. Există cathexisuri care țin de trebuință ca atare și cathexisuri durabile, independente de puterea relativă a trebuinței și datorate mai mult circumstanțelor și obiectele pot fi cathectate prin asociere cu locul nașterii, cu părinții, cu o experiență excepțională sau cu orice alt eveniment întîmplător. MURRAY enumeră cîteva probleme semnificative în aprecierea cathexisurilor :

- proporția cathexisuri pozitive—cathexisuri negative la un subiect și
- intensitatea, durata, inflexibilitatea cathexisurilor și
- distanța (în timp și spațiu) dintre obiectele cathectate și subiect și
- în ce măsură o persoană își susține cathexisurile cu argumente raționale și

- cathexurile se stabilesc în cea mai mare parte, prin imitare, dar pot fi stabilite de subiect și independent de influența altei persoane §
- cathexurile pot fi radicale sau conservatoare §
- dacă persoana se identifică sau nu (și în ce măsură) cu obiectele cathectate §
- genurile de cathexisuri (natura cathexisurilor pe care le posedă un subiect pentru familia sa, pentru cei de aceeași profesie sau de aceeași cultură cu el) § de exemplu, dacă subiectul impune respect, dacă atrage prieteni.

157. CATHINE^(DCI) ● Derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, cu acțiune psihostimulatoare și anorexigenă. Indicat în



astenie, convalescență, boli somatice, preinvoluție (diminuarea activității intelectuale), sevraj, tulburări de dinamică sexuală și în prevenirea și combaterea obezității secundare curei neuroleptice. Efectele secundare sînt, în general, moderate și pot consta în insomnie, iritabilitate, eretism cardiac, anxietate moderată. Contraindicațiile sînt reprezentate de stări de excitație psihomotorie, anxietate, comițialitate, sarcină și afecțiuni cardiace.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

- ADIPOSETTEN^(M), ADIPOSETTEN N^(M)
Elveția, R.F.G.
- AMORPHAN DEPOT^(M), AMORPHAN NEU^(M)
Elveția, R.F.G.
- BELLOFORM^(M)
Elveția
- BOXOGETTEN^(M)
R.F.G.
- DEBES ENTFETTUNGSDRG.^(M)
Elveția
- EXPONCIT^(M)
R.F.G.
- FUGOA-DEPOT^(M)
R.F.G.
- MINISCAP^(M), MINISCAP M.D.^(M)
Elveția

- MINUSIN^(M), MINUSIN DEPOT^(M)
Elveția
- MIRAPRONT N^(M)
Iugoslavia
- NEO-SOLDANA^(M)
Elveția
- PHYTEIA SCHLANKHEITSTRPF^(M)
Elveția
- RANKOTIP^(M), RECATOL^(M)
R.F.G.
- REDUFORM
Elveția
- SCHLANK SCHLANK EB 2000^(M)
R.F.G.
- SYNDIAN^(M)
Elveția

158. CATHIEMOFRENOZĂ (cf. gr. *kathiein* „a face să cadă” și *phren* „spirit, minte”) — sin. GRAVIDITATE PITIATICĂ ● Termen scos din circulația curentă, corespunzînd unei manifestări de tip isteric, descrise de JANET, DENECHAU și MATTRAIS, ce constă în mărirea abdomenului în situații speciale de frustrare afectivă. Uneori, la femei, ea poate fi primul timp al unei „sarcini” psihice, completată ulterior de congestia sinilor și oprirea ciclului menstrual.

159. GATIZOFOBIE^(F) (cf. gr. *kathisein* „a se așeza”: *phobos* „frică”) ● Teamă morbidă, nejustificată, a subiectului de a se așeza. Este o pseudofobie deosebit de rar întâlnită în practică, deși nu neglijată de literatură.

160. CATOCUS (cf. gr. *katochos* „catalepsie”) ● Termen general, întrebunțat de vechii autori, pentru a defini fenomene patologice diferite ca etiologie și aspect clinic, caracterizate prin modificarea stării de conștiință (coma vigală, catalepsia, transa hipnotică); nu se mai utilizează.

161. CATOPTROFÖBIE^(F) (cf. gr. *katoptron* „oglinză”; *phobos* „frică”) — sin. SPECTROFÖBIE^(F) ● Termenul denumește teama intensă, nejustificată, patologică față de oglinzi, asociindu-se comportamente de evitare (acoperirea oglinzilor, evitarea privirii în oglindă etc.); întâlnită în sindroamele fobice din nevroză obsesivo-fobică, psihastenie dar este posibil să apară și în schizofrenie fără a avea însă caracter net de fobie, ci avînd o motivație delirantă. Trebuie diferențiată de teama de a se privi în oglindă a pacienților cu dismorfofobie.

162. CATOVIT^(M) Finlanda — DCI *Prolintan* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de

tip 1-(α -propilfenetil)pirolidină, cu acțiune anorexigenă mai marcată decât cea stimulantă, asupra sistemului nervos central. Indicat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

163. CATRON^(M) S.U.A., — DCI Feniprazină
CATRONIAZIDE^(M) S.U.A. ● Antidepressiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (α -metilfenetil)hidrazină, indicat în depresii inhibate, fără efecte sedative. Nu se asociază cu timoleptice, betabloccante, psihostimulente → IMAO.

164. CATTELL James Mc. Keen (1860—1944)
● Psiholog american. Și-a efectuat studiile în Europa ca elev al lui WUNDT și GALTON, fiind apoi titularul catedrelor de psihologie ale Universităților Pennsylvania și Columbia și este considerat astăzi ca unul din clasicii psihologiei. Lui i se datorează folosirea pentru prima dată a termenului de TEST MINTAL (1890), precum și realizarea primului test psihologic bazat pe timpul de reacție (apreciat ca fiind



James McKeen Cattell

„de inteligență” de către autorul lui). A fost primul președinte al Corporației psihologilor din S.U.A. și a condus mulți ani Asociația psihologilor americani. Dintre lucrările cele mai importante reținem „Mental test and measurements” (1890) și „Mental association investigated by experiment” (1899), în colaborare cu S. BRYANT.

165. CATTELL^(T) teste ● R. B. CATTELL este autorul unui număr impresionant de teste obiective de personalitate, de tip factorial, dintre care cele mai utilizate în practica curentă sînt :

- Testul de fluiditate verbală sau testul factorului „F” (preluat în Franța de BENASSY și CHAUFFARD) este un test care pune în evidență trăsături temperamentale. Subiectul este solicitat să furnizeze timp de un minut un număr cit mai mare de cuvinte care să înceapă cu o anumită literă (indicată de examiner). În psihopatologie se constată un „F” ridicat (fluiditate pronunțată) la dizarmonici isterici și la maniaci, în timp ce la depresivi factorul „F” este scăzut (fluiditate atenuată).
- Testul de perseveranță Cattell sau testul „P”; este apreciat de specialiști drept unul dintre cele mai bune teste obiective de personalitate, întrucît permite evidențierea și evaluarea unei trăsături de personalitate, și anume a factorului „P” (de „inerție mentală”), după SPEARMAN sau „dispoziție-rigiditate” după CATTELL, în funcție de comportamentul manifestat de subiect în cursul rezolvării unor sarcini motorii. Testul constă în exercitarea alternativă a unor acțiuni simple, precum și în efectuarea altor acțiuni care implică efort creator sau modificarea unor deprinderi. În domeniul clinic se constată cum factorul „P” este mai ridicat sau mai puternic exprimat în cazul epilepticilor, al afecțiunilor cerebrale organice, în general al personalităților psihastenice, în timp ce la maniaci și isterici factorul „P” este scăzut.
- Cattell Culture Free Intelligence Tests (1940) este o baterie de teste nonverbale, vizînd performanțe relativ independente de condițiile socio-culturale și educaționale specifice, destinate copiilor și adulților. Este puternic saturată în factorul „G” (intelență generală) și cunoaște trei variante sau scări pentru nivele diferite de vîrstă, fiecare scară prezentînd două forme (A și B) și cite opt probe (de „culture free”, de înțelegere verbală și de cultură specifică).

Pentru explorarea aspectelor afective și a altor trăsături ale personalității adulte, în clinică se utilizează chestionarul de anxietate Cattell (compus din 40 itemi referitori la cinci factori) și chestionarul 16 P.F. (compus

din 187 itemi referitori la 16 factori), ambele chestionare avind structură factorială.

166. CAUALENŢIE (cf. gr. *kabbale* de la *kataballo* „a da jos, a dărîma”) ● Termen folosit de PARACELSIUS pentru epilepsie și a avut o foarte redusă circulație, fiind în scurtă vreme abandonat.

167. CAUMESTEZIE (cf. gr. *kauma* „arsură” și *ai̯sthesis* „percepere”) ● Senzația de căldură marcată resimțită de subiect în condițiile în care atît temperatura corpului său cit și a mediului nu justifică aceasta. Întîlnită în stările de agitație maniacală, la personalitățile dizarmonice de tip isteric.

168. CAUSTICITATE (fr. *causticité* și cf. gr. *kaustikos* și lat. *causticus* „care arde”) ● Caracteristică a hipertimiei maniacale, care se manifestă printr-o atitudine ironică și batjocoritoare din partea subiectului. Acesta face observații tăioase privind ținuta, mimica, dialogul interlocutorului său ocazional, indiferent dacă acesta este membru al familiei, medic sau personal de îngrijire, dînd (pentru scurt timp), unui observator neavizat, impresia de spirit deosebit de observație și spontaneitate.

169. CAUZALGIE (cf. gr. *causis* „arsură” și *algos* „durere”) ● Sindrom neurovegetativ reflex, cu manifestări vasomotorii, secretorii, trofice și dureri atroce, care apare în perioada de vindecare a unui traumatism sau postamputații la nivelul nervilor mediani, cubital-sciatic și a fost descris de WEIR-MITCHELL. Durerea este intensă, avînd caracter de arsură, și iradiază pe traiectul nervului, continuînd și fiind exacerbată de orice excitant fizic sau psihic. Durerea poate fi provocată și de excitanți aplicați în zona cutanată îndepărtată (sinestezalgii). Modificările tegumentare constau în absența piloziității, eritem, tegumente lucioase subțiate, acoperite de sudoare. Pot fi afectate și articulațiile degetelor care se tumefiază și devin dureroase și degetele se edemațiază, unghiile devin friabile, acoperite de striații. Sindromul este datorat unei nevrite, cu iritația dureroasă a fibrelor sensibilității vasculare sau vaso-sensibile. Simptomatologia neurologică este acompaniată de semne psihice, anxietate și depresie, care se amplifică paralel cu durerea.

170. CAUZALITATE (fr. *causalité* și cf. lat. *causa*) ● Relație generică prin care un anumit fenomen, numit cauză, face să se ivească în lume un alt fenomen derivat, numit efect. Avînd un rol esențial în devenirea universală, cauzalitatea reprezintă o categorie centrală

a concepției deterministe, iar dezvăluirea și înțelegerea raporturilor cauzale constituie una din modalitățile majore ale explicației științifice, suportul teoretic al intervenției practice eficiente a omului în desfășurarea proceselor din realitate. Prima teorie privind natura cauzalității îi aparține lui ARISTOTEL. Atribuind cauzei un sens metafizic, de premisă ontică *sine-qua-non* a unui existent în genere, ARISTOTEL distinge patru cauze a căror acțiune integrată face posibilă realitatea unui lucru: cauza materială (substanța din care este alcătuit), cauza formală (modelul ideal al lucrului), cauza finală (scopul spre care tinde existența lucrului în armonia cosmică) și cauza eficientă (forța activă care modelează materia după tiparul formei și în acord cu scopul final). Conceptul modern de cauzalitate reține doar ultima accepțiune a „cauzei” aristotelice, fiind elaborat conform paradigmei epistemice a concepției mecaniciste, care absolutizează tipul relațiilor elementare de cauzalitate ce au loc la nivelul interacțiunilor mecanice dintre macrocorpuri. Determinismul rigid, de tipul celui imaginat de LAPLACE, definește cauzalitatea drept un raport liniar și univoc, în care o singură cauză precedă și generează un anumit efect, cauza fiind unicul factor activ din care efectul decurge nemijlocit. Corelînd cauzalitatea cu necesitatea, concepția mecanicistă nu poate evita consecințele fataliste, considerînd că toate stările viitoare ale universului sînt riguros prefigurate în starea lui actuală, lanțurile cauzale înscriindu-se pe trasee fără întreruperi sau abateri, intervenția accidentului și a întîmplării nefiînd decît aparențe datorate ignoranței, neputinței intelectului omenesc de a descifra toate caracterele din cartea înfinită a naturii.

Progresul științei în secolul nostru a scos în evidență mîrginirea modelului mecanicist al cauzalității și accesul cercetării fizice la nivel micro-cosmic, investigarea fenomenelor cuantice și termodinamice, ascensiunea spectaculoasă a biologiei și diversificarea științelor sociale au stat la originea unei crize profunde a determinismului clasic de tip laplacean, îndemnînd pe unii savanți și filozofi ai științei să adopte o poziție indeterministă, conform căreia cauzalitatea nu este o determinație universală a realității obiective, ci o schemă intelectuală de ordonare convențională a datului empiric. Apariția ciberneticii, a informaticii și a teoriei generale a sistemelor a făcut posibilă elaborarea unui model științific de cauzalitate. În lumina cunoștințelor actuale, cauzalitatea se înfățișează ca un raport complex și neunivoc, în care lanțurile cauzale interfe-

rează, interacționează în producerea efectelor, suportând influența variabilă a unor condiții dispuse în configurații nerepetabile, iar efectele se raportează retroactiv asupra cauzelor care le-au generat (feed-back sau conexiune inversă). Modelul complex al cauzalității, adecvat formelor evolute de organizare a materiei, face posibilă intervenția unui număr nedefinit de variabile, ceea ce creează un spațiu de joc întimplării, înlocuind vechea încercare fatalistă a cauzalității în chingile rigide ale necesității cu o viziune probabilistă, în lumina căreia relațiile dintre cauză și efect sînt mediate de factori aleatorii, de configurații complexe de interacțiuni și condiționări, de variația statistică a necesității și întimplării. Pornind de la varietatea tipurilor de relații cauzale specifice diferitelor domenii ale existenței, conceptul filozofic de cauzalitate sintetizează atributele universale ale determinării cauzale, argumentînd valoabilitatea legii cauzalității, conform căreia orice fenomen, orice realitate finită are o cauză, fiind exclusă și contrară emergenței din neant. Extrapolarea legii cauzalității la nivelul infinitului duce însă la false supoziții obscurantiste privind cauza primordială a universului, alimentînd speculațiile cu iz teologic și eschatologic. Redefinită în spirit dialectic, cauzalitatea își menține rangul de problemă esențială a explicației științifice — dezvăluirea cauzelor care produc un anumit fenomen și a legilor după care acționează acestea dînd măsura cunoașterii fenomenului și instituind premisele controlului practic eficient asupra acestuia. A stării asupra importanței cauzalității în psihopatologie este de prisos.

171. **CAVODIL**^(M) Anglia — DCI *Feniprazină* ● Antidepresiv, timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (α -metilfenetil) hidrazină, indicat în depresii inhibitate, fără efecte sedative. Nu se asociază cu timoleptice, betablocante, psihostimulente → IMAO.

172. **CAZ** (cf. lat. *casus* „cădere, întimplare, accident”) ● În medicină, individ reprezentînd, printr-o boală cu o simptomatologie clinică sau o evoluție deosebită care necesită îngrijiri speciale, o situație exemplară.

Prin extensie, tehnica analizei sau studiul de caz constituie un instrument de cercetare psihologică, de patologie clinică, psihologie judiciară, psihoterapie și psihiatrie (H. SZEWCZYK, 1970). Se urmărește pe o perioadă mai îndelungată anumiți subiecți, luîndu-se în considerație coordonatele mediului de viață, ale impactului cu evenimentele pe

plan social, ale stării de sănătate, ale producției artistice etc.

173. **CAZ LIMITĂ** — stare limită → BORDER-LINE.

174. **CAZUISTICĂ** (fr. *casuistique*) ● Tehnica aplicării principiilor morale generale la situațiile particulare de viață. Frecvent practică de către iezuiți, promotori ai unei morale religioase acomodante, cazuistica a degenerat într-o artă subtilă, dar ignobilă, a împăcării conștiințelor culpabile cu rigorile formale ale unei etici lipsite de intransigență și dispusă la compromisuri — de unde accepțiunea pejorativă pe care a căpătat-o termenul : argumentare abilă, dar sofistică a unor teze îndoielnice. În metodologia științifică actuală, prin cazuistică se înțelege procedeul stabilirii unui adevăr prin analiza comparativă a unor cazuri individuale (sens cu largă aplicabilitate în medicină).

175. **CĂLĂU DOMESTIC** ● Structură dizarmonică de personalitate, descrisă de HUYEA și MORGENSTERN care își manifestă potențialitatea patologică numai în cadrul familiei, asupra membrilor acesteia. Preponderența în cadrul familial ar fi o formulare mai apropiată de realitate. După autorii menționați, ar exista două tipuri diferite : activ și pasiv, cu diferențe comportamentale notabile, dar și cu consecințe asemănătoare asupra relațiilor intrafamiliale. Tipul activ — suspicios, nelcrezător, disprețuitor față de ceilalți, megaloman — întrunește trăsături al căror conținut negativ reprezintă o amenințare pentru cei din jur ; este mai specific pentru sexul masculin (ii corespunde descrierea făcută lui Tânase Scatiu de D. Zamfirescu). Tipul pasiv ar fi acompaniat de structură epileptoidă prin viscozitate și lentoare, opoziție disimulată, acte de brutalitate marcate de explozii afective.

După LÓO și DESCAMPS, acești subiecți ar putea beneficia de terapii analitice.

176. **CĂLĂTORIE PATOLOGICĂ** ● Simptom a cărui istorie psihiatrică începe odată cu „alienații migratori” (FOVILLE, 1885), fiind denumit ca atare de BRIAND MOREL și LIVET (1914). Caracteristica definitorie constă în efectuarea unor călătorii lipsite de scop, la care se adaugă motivația delirantă sau absența oricărei motivații. CAROLI și MASSER disting trei subgrupe de astfel de călătorii :

- călătorie patologică simplă, a cărei funcție este supunerea la o comandă delirantă, fără ca această călătorie să se integreze în construcția delirantă ;

● călătorie patologică secundară, care se integrează în conținutul delirului ?

● călătorie patologică pură.

Ca și fugile patologice (de care le deosebește o oarecare organizare a traseului, absența caracterului impulsiv și a tulburărilor de conștiință), călătoriile patologice se pot întâlni în manie, deliruri cronice sistematizate, schizofrenie, dizarmonii de personalitate. O semnificație aparte o au atunci când se încadrează în sindromul presuicidar, în care plecările sînt generate de ideile delirante de autoatazare. P. LÖÖ și H. LÖÖ negă existența delimitării unor astfel de simptome, în timp ce MAR-CHAIS susține posibilitatea încadrării în această categorie și a „călătoriilor imaginare”.

177. CĂMAȘĂ DE FORȚĂ ● Cămașa de forță era confecționată dintr-un material rezistent, în forma unui sac, fiind încheiată cu șireturi la spate și cu mincile foarte lungi, astfel încît prin încrucișarea extremităților acestor minci, să se realizeze imobilizarea mâinilor bolnavului. Acest mijloc de contenție era completat prin fixarea la pat cu ajutorul unor fișii, ceasafuri etc. Instrument de „tratare” (de fapt imobilizare fizică) a bolnavului psihic, larg folosit înainte de apariția și dezvoltarea terapiei moderne.

Secole de-a rîndul, bolnavii psihici, considerați a fi „păsați de demoni” sau „victime ale pedepsei divine”, au trezit sentimente de teamă și repulsie, fiind tratați nu numai similar cu criminalii periculoși, uneori chiar mai rău decît aceștia (BEDLAM în Anglia); încuși, imobilizați în lanțuri, închiși în celule asemănătoare cuștilor pentru animalele sălbatice, erau înfometăți, torturați, cu o cruzime deosebită, în scopul „purificării”, „vîndecării” prin penitență. Este acreditată afirmația că, dacă nebunia este la fel de veche ca și istoria omenirii, ea nu a fost multă vreme considerată ca boală, iar bolnavul psihic nu a fost tratat ca un mare suferind decît atunci cînd omul a devenit OM. Evoluția mijloacelor terapeutice folosite în instituțiile în care erau izolați bolnavii psihici este paralelă cu evoluția istorică a devenirii conceptului de omenie, umanitate. După întunecoasa perioadă a Evului Mediu european, cînd ideile noaptoare ale iluminismului, apoi ale enciclopediștilor, distrug dogmele religioase, spîrgînd tiparele de comparație a omului cu Diavolul sau cu Dumnezeu și văzînd în el un fenomen al naturii, boala psihică capătă și ea semnificația de afecțiune (și nu efect al forțelor supranaturale). Bolnavul psihic își capătă statutul de bolnav, de suferind, dar el este în continuare considerat

a fi periculos (și accesele de furie chiar erau) pentru societate, mai ales în condițiile în care chimioterapia sedativă, antipsihotică era departe de a fi cunoscută. În continuare, ei sînt izolați în instituții (de astă dată „filantropice” sau pe lingă minăstiri) și imobilizați pe perioada strictă a accesului de agitație psihomotorie — în cămașa de forță care, comparată cu mijloacele de contenție anterior folosite, era oricum mult mai „blîndă”. Ea încetează a mai fi folosită atunci cînd își face apariția chimioterapia, care a reușit (competent administrată) să reducă agresivitatea și pericolozitatea bolnavului agitat. Se sfîrșește astfel trista epocă a mijloacelor inumane de tratament aplicate bolnavului psihic. termenul de „cămașă de forță” fiind înlocuit prin cel de „cămașă chimică” (DELAY).

178. CĂSĂTORIE ● Convenție încheiată oficial între un bărbat și o femeie care hotărăsc să trăiască împreună întemeind o familie. Această definiție, ca și altele posibile (exemplu, traiul în comun al unei femei cu un bărbat, pentru o perioadă durabilă de timp liber consimțit de parteneri și legalizat printr-un act de stare civilă) nu epuizează aspectele infinite de complexe ale unei instituții umane ce implică, prin particularități de dinamică interpersonală, aceeași diversitate ca însăși natura umană. Motivele reale ale încheierii unei căsătorii au fost și sînt însă diverse, de la dragostea sinceră și reciprocă pînă la considerații de ordin social, familial și patrimonial; ele urmăresc fie fericirea individuală a partenerilor, fie procrearea, fie obținerea sau păstrarea unor stataturi și roluri sociale sau a unor bunuri, fie menținerea purității unei clase sau rase. Aceste motivații interviu separat sau sînt combinate în funcție de caracteristicile individuale ale partenerilor sau de cele ale epocii, ale statutului social al partenerilor și al grupului lor familial.

Căsătoria poate fi liberă sau impusă, indisolubilă sau nu, tradițională sau modernă. Sociologia și antropologia stabilesc motivul original al căsătoriei în necesitatea permanentizării sistemului social, acesta instituind familia ca celulă de bază a societății. Căsătoria implică o comuniune fizică și spirituală, stabilizează relațiile sexuale pe baza afinității și complementarității psihologice și identificării sexuale mutuale a partenerilor, asigură procrearea și socializarea descendenților într-un cadru cultural și socio-familial specific, dar și socializarea partenerilor la vîrsta înaintată (după părăsirea căminului parental de către

copii) când apare confruntarea cu dificultățile psihologice și existențiale ale senectuții.

Dimensiunile ei sînt multiple: biologice, spirituale, morale, sociale, juridice, patrimoniale, demografice, toate acestea avînd implicate dimensiunea psihologică și eventualele ei consecințe psihiatrice.

Căsătoria este monogamă la majoritatea popoarelor, tipul mono- sau poligam fiind determinat de rata distribuției sexelor, de anumite tradiții culturale și religioase. Studii sociologice au constatat desfășurarea fenomenului căsătoriei în limite geografice și etnice foarte strînse; astfel se vorbește de o endogamie geografică, regională sau etnică, diminuată însă de creșterea mobilității populațiilor, dar și de una socială și culturală; conform căreia proximitatea de grup social și cultural determină pregnant rata nupțialității. Este confirmată existența și rolul unei forme tradiționale premergătoare căsătoriei, logodna, oficiată cu scopul de a verifica viabilitatea uniunii prin adaptarea partenerilor la viitorul rol și statut familial, precum și de cadrul juridic al căsătoriei. Durata armoniei din timpul logodnei este element valoric pentru succesul conjugal alături de fericirea în cuplul parental al soțului și alți 150 de factori enumerați de KIRK PATRICK (1947) în monografia sa „Ce spune știința despre fericirea în căsătorie”.

Pentru psihanaliză cuplul marital este un triunghi oedipian. Studiile care au urmărit căsătoria asortativă (între parteneri suferinzi de aceeași afecțiune psihică) au confirmat parțial ipotezele sociologice de orientare psihanalitică ale familiei, după care soțul ideal este cel cu o imagine parentală bine definită, și au infirmat ipoteza nevoilor complementare care dictează alegerea partenerului după nevoile temperamentale proprii fiecăruia dintre parteneri.

Puține și departe de a fi concludente sînt studiile ce privesc aspectele biopsihologice. KINSEY (1953) consideră gratificarea sexuală ca obiectiv important și chiar principalul obiectiv al căsătoriei pentru multe din cuplurile anchetate de el. Aspectul biologic al relației maritale trebuie privit însă din punct de vedere a unei sexualități spiritualizate, prin înțiricarea ei indisolubilă cu nevoia de comunicare, care oferă o dimensiune nouă, specific umană, unei funcții investite filogenetic cu simpla finalitate a procreerii. Femeia și bărbatul nu se află într-un raport de polaritate reductibil la sexualitatea genitală și nici de complementaritate, ci într-un raport definit prin întilnirea unei alte subiectivități de către propria su-

biectivitate, care primează relației „diadice” (REED) sau „transsubiectivismului” (METRAL), esența cuplului uman, fie că e instituționalizat sau nu prin căsătorie. Cuplul marital funcționează de fapt ca sistem (ALGER) al cărui echilibru rezultă din conclucrarea armonioasă (în limitele sincerității, devoțiunii și fidelității) a două persoane inevitabil diferite și a cărei esență este comunicarea. Aceasta implică însă și relații de interacțiune dinamice și reversibile cu alte sisteme (familial, profesional, social). Astfel, reglementările juridice ale căsătoriei semnifică o relație cu sistemul social, prin caracterul de contract legal asupra unei virtuale și mutuale promisiuni de unire definitivă, dar și de posibilitate a unor opțiuni opuse datorate fluctuației dinamice a relațiilor emoționale intra- și intersubiective.

Dinamica cuplului marital cuprinde, pe lîngă aspectele legate de modificarea statutului și rolului femeii prin emanciparea ei socială, și aspecte de natură, în primul rînd, psihologică: expectația fiecărui partener asupra fericirii conjugale și succesul social în cadrul cuplului, evoluția rolurilor specifice de-a lungul istoriei proprii a cuplului, înlocuirea relației „diadice” cu una „triadică” ocazionată de apariția primului copil, depășirea perioadelor de criză prilejuită de părăsirea căminului de către copii și readaptarea la relația „diadică” pierdută, problemele adaptării la vîrsta senectuții și consecințele ei etc.

Tipuri de căsătorie. Sociologii au descris căsătoria tradițională și utilitară din societatea americană modernă (și din societățile industrializate) întemeiată mai mult pe considerente religioase și economice, decît pe necesități afective sau sexuale. În opoziție cu etica puritană care, condamnînd existența relațiilor sexuale pre- și extramaritale, promovează idealul unei iubiri romantice, în societatea contemporană a apărut modelul „deschis”, în care relația maritală presupune grija reciprocă, respect și responsabilitate, prosperitatea cuplului fiind fundamentul în cadrul căruia, dragostea, sexualitatea și fidelitatea își ating semnificațiile lor profunde și adevărate.

Cadrul juridic al căsătoriei. În legislația noastră civilă o căsătorie este juridic valabilă și recunoscută dacă respectă următoarele categorii de condiții (V. URSA):

● Condiții de fond necesare încheierii căsătoriei:

- condiții menite să garanteze existența aptitudinilor fizico-biologice și psihice de a se căsători ale viitorilor soți (diferența de sex, vîrsta matrimonială, sta-

rea de sănătate și cunoașterea ei reciprocă, deplinătatea facultăților mintale ale viitorilor soți) ॥

- condiții care garantează existența voinței comune și libere de a se căsători?

asemenea situații, indiferent de natura și durata lor) ॥

- alienația mintală cronică ॥
- debilitatea mintală cronică.



Foto : Milan Sediacek

conștințămintul, caracterul liber, nevințiat al acestuia și actualitatea lui) ॥

- condiții negative (piedici legale referitoare la încălcarea principiilor morale — monogamie) ॥

● Condiții de formă necesare încheierii căsătoriei. Dreptul civil descrie căsătoria fictivă sau simulată (încheiată în alt scop decât cel al creării unor raporturi personale și patrimoniale specifice de familie, a cărei valabilitate poate fi confirmată numai de stabilirea unor relații conjugale firești) și căsătoria putativă (căsătorie lovită de nulitate, la încheierea căreia cel puțin unul dintre soți a fost de bună credință, necunoscând cauza nulității, ca de exemplu faptul că celălalt este căsătorit sau suferă de alienație mintală cronică).

Aspectele medico-legale sînt legate de îndeplinirea aptitudinilor fizice necesare întemeierii căsniciei (astfel, deși vîrsta matrimonială la noi este de 18 ani, pentru femei ea poate fi și de 16 ani cu dispensa Comitetului Executiv Județean sau al Municipiului București, și de 15 ani cu aviz medical), de sancțiunea juridică reprezentată de anularea căsătoriei, condițiile medicale de nulitate fiind condițiile de nulitate absolută și anume:

- lipsa vremelnică a facultăților mintale (ebrietate, hipnoză, sugestie sau alte

Aspectele psihiatrice sînt deosebit de diverse în manifestarea clinică, patologia de cuplu marital fiind legată atît de interacțiunile psihologice de cuplu cît și de intervenția acțiunii maritale, a funcțiilor și rolurilor familiale în nevroza unuia din parteneri, de exemplu. Reunirea într-un cuplu a psihoticului cu alt psihotic, cu un nevrotic sau cu un sănătos a evidențiat o conflictualitate maritală manifestă de ambele părți și un mediu psihopatogen, nefavorabil descendenților. După NIELSEN, frecvența mai mare a patologiei psihice la soțiile bolnavilor ar fi determinată de o predispoziție bio-psihologică anterioară contractării, căsătoriei, fiind precipitată de boala soților și de alți factori stresanți. „Asortarea” atunci cînd poate fi demonstrată, apare ca tendința unei persoane cu predispoziții similare, de a se căsători și interacționa patologic.

Se poate structura chiar o tipologie de pattern-uri patologice maritale, ca în cazul soțului nevrotic (exces al dominației masculine cu consecințele negative asupra cooperării și luării deciziilor, în cuplu, asupra creșterii copiilor) sau al patologiei soției alcoolice (revendicativă și criticistă, protectoare, dependentă).

Terapia cuplului are ca obiectiv găsirea de noi căi de comunicare în interiorul sistemului, lipsa comunicării fiind adesea principala cauză a disfuncției maritale, abordarea disfuncțiilor sexuale, de direcționarea și reechilibrarea interacțiunilor din interiorul cuplului, pentru stabilirea unui nivel nou de cooperare și realizare a satisfacțiilor vieții de cuplu.

179. C.D.P.^(M) Anglia — DCI *Clordiazepoxid*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

180. C.D.P.-CHOLINE^(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

181. CEAI-CEISM (rus. *čaj*) ● Ceaiul este băutura preferată din frunzele și florile unui arbust din familia Tiaceelor (*Thea senensis*). Cultura acestei plante s-a generalizat în întreaga lume, iar ceismul s-a integrat în economia și chiar în cultura unor popoare, așa cum este cel japonez, care a cultivat de-a lungul secolelor un veritabil ritual al ceaiului. Ceaiul este cunoscut încă din secolul al XIV-lea e.n., când era folosit ca remediu împotriva unor boli. Abia peste două secole i s-au descoperit celelalte calități, îndeosebi cele gustative, fapt ce a determinat extinderea folosirii lui. În Europa a pătruns datorită portughezilor, în anul 1571, și s-a extins treptat în Olanda, Rusia, insulele britanice. În privința consumului de ceai, locul I în lume la ora actuală îl ocupă Anglia, urmată de Irlanda, Noua Zeelandă, Australia, U.R.S.S., Tunisia, Maroc, Canada, Egipt, Olanda, Belgia, S.U.A., Danemarca etc.

În frunzele de ceai se găsesc circa 130 de substanțe folositoare organismului. Dintre acestea, un grup important este cel al tananților și taninul, compus de bază al acestora are o proporție variabilă, în funcție de varietatea ceaiului (cel negru are 12—16%, iar cel verde 25%) și de modul preparării. Acțiunea astringentă a taninului este utilă în colicile abdominale. Alt grup de substanțe este cel al alcalo-

izilor, cafeina, teofilina și teobromina: Ceaiul chinezesc conține 2—3% cafeină, ca și varianta Robusta a arborelui de cafea, ceea ce determină o acțiune excitantă asupra sistemului nervos central, în special asupra centrilor respiratori și vasomotori, potențind funcția prosexică și îmbunătățind performanțele intelectuale.

Cafeina din ceai nu are efecte negative asupra somnului, din cauza edeninei, substanță care diminuează sau neutralizează această acțiune. Teofilina, în afara acțiunilor similare cofeinii, dar de intensitate scăzută, are importantă acțiune vasodilatatoare asupra vaselor coronariene. Grupul cel mai caracteristic de substanțe conținute în frunzele de ceai este constituit de cateine, care au efecte antioxidante, împiedicând formarea peroxidizilor nocivi organismului, acțiune antimicrobiană și de menținere a nivelului optim de vitamină F necesară metabolismului colesterolului. Abuzul de ceai preparat, de obicei, sub forma decoctului, poate determina accidente acute cu simptomatologii de tipul ceismului acut sau, în cazul consumului îndelungat, ceismul cronic. Acesta din urmă se întâlnește frecvent în țările anglo-saxone la degustătorii de ceai și determină manifestări nervoase ca: excitație, depresie, vertij, fenomene halucinator-delirante, manifestări neurovegetative digestive și cardiace. În Tunisia, s-au descris și cazuri de cașexie gravă, datorită folosirii repetate a decocturilor de ceai negru.

În afara substanțelor descrise mai sus, ceaiul conține și vitamine ca: B₂, C, F, P și K (ceaiul verde are un conținut mai mare de vitamină C decât cel negru). O multitudine de statistici și studii experimentale au demonstrat acțiunea de atenuare a proceselor inflamatorii reumatismale, a celor din hepatita cronică cu influență favorabilă asupra hipertensiunii și aterosclerozei, asupra litiazei renale sau biliare și chiar de atenuare a acțiunii stronțului radioactiv degajat de explozii nucleare.

Ținând cont de toate acestea putem face din ceai o băutură-remediu care, așa cum susțineau manuscrisele orientale „împrospețează trupul, frăgezește inima, deșteaptă gândirea și întărește mîntea”.

182. CEBRUM^(M) Italia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON^(M) România.

183. CECITATE (cf. lat. *caecitas* „orbire” și *caecus* „orb”) ● Pierdere parțială sau globală a acuității vizuale, ca urmare a unor leziuni ale receptorului periferic, ale căilor aferente sau ale centrilor de protecție corticală ai analizatorului vizual. Au fost descrise aspecte pre-

cum : cecitate diurnă (hemeralopie) și nocturnă (nictalopie, vesperalopie) cecitate cromatică (acromatopsie).

De o mai mare importanță practică este clasificarea în cecitate corticală și psihică. Cecitatea corticală apare în leziunile bilaterale ale cortexului occipital (ariile 18, 17, 19), pacientul

neavînd conștiința invalidității sale. Cecitatea psihică, descrisă de MUNK (în 1876) și ulterior de CHARCOT, reprezintă de fapt, agnozia optică descrisă de GOLDSTEIN (leziuni occipitale ale emisferului dominant).

Diagnosticul diferențial al cecității corticale se poate stabili după următoarele criterii :

Tabel nr. XXXIV

	Cecitate corticală	Cecitate psihică
Frecvența Caracteristici	<ul style="list-style-type: none"> ● scăzută ● totală (bolnavul nu distinge nici lumina); ● bolnavul se lovește de obstacole. 	<ul style="list-style-type: none"> ● crescută ● parțială (bolnavul poate percepe puțin lumina)
Reflexul clipitului Examenul fundului de ochi Reflexul fotomotor	<ul style="list-style-type: none"> ● absent ● normal ● păstrat (prin leziunea inegală sau separată a fibrelor vizuale sau pupilare) 	<ul style="list-style-type: none"> ● prezent ● modificat ● abolit
Halucinații vizuale simple Conștiința defectului de vedere Deteriorare psihică Orientare spațială Modificări EEG (lipsa ritmului α , a reacției de blocare la lumină, a activității α , a reacției de însușire a unei stimulări luminoase intermitente).	<ul style="list-style-type: none"> ● prezente ● anozognozie vizuală ● prezentă ● modificată ● uneori prezente 	<ul style="list-style-type: none"> ● rare ● păstrată ● absentă ● intactă ● absente

Termenii de cecitate verbală (KÜSSMAUL) și alexie au fost creați prin extensiune, desemnînd o alterare senzorială mai complexă.

Cecitatea isterică reprezintă o tulburare tranzitorie sau permanentă, aproape în toate cazurile, bilaterală, mai rar întilnită, fiind mai frecventă la bărbați. Apare brusc, în legătură cu motivații emoționale puternice, și păstrează tot timpul un caracter demonstrativ. Indiferența față de „invaliditatea” în care subiectul crede totuși, absența frecventă a anxietății sînt elemente de diagnostic diferențial cu alte forme de cecitate, la care se adaugă evitarea privirii examinatorului care i se adresează, aspectul normal al globilor oculari, fund de ochi normal, prezența reflexelor pupilare și a reflexului de clipire. Sub influența unui factor emoțional intens sau a sugestiei, subiectului îi poate reveni brusc vederea.

Este utilizat și termenul de cecitate morală, care se referă la o perversiune instinctuală, la o

constituție perversă, desemnînd absența unei funcții etice.

O problemă importantă pe plan medical și social apare în legătură cu starea psihică și cu posibilitățile de adaptare socială a persoanelor suferind de cecitate. Dacă afecțiunea se manifestă de la naștere, ea poate fi însoțită uneori de alte perturbări neuropsihice, între care întirzierea mintală ocupă un loc important. Dacă survine de timpuriu, în copilărie, deficitul intelectual este mai greu de evidențiat și, în general, se recuperează pe parcurs. Se observă diferențe față de văzători la nivelul limbajului — valoarea reprezentativă a cuvintelor este alta. Maturizarea afectivă, structurarea Eului se realizează mai dificil, în concordanță cu obstacolele aflate în calea descoperirii realității exterioare și a stabilirii de contacte cu anturajul. Adaptabilitatea subiectului nevăzător din naștere sau din fragedă copilărie este uimitoare, dar poate fi explicată prin neutralitatea pe care o acordă

semnificației mediului înconjurător și prin compensarea eficace realizată de alte modalități senzoriale etc. Uneori însă, se remarcă tulburări afective și caracteriale.

Dacă cecitatea survine la adult, reacțiile psihice declanșate (mai frecvent, stări depresive) sînt de obicei de natură nevrotică, dar uneori tulburările în sfera psihismului sînt determinate de leziunile cerebrale care stau la baza cecității, iar adaptarea subiectului la noua situație se realizează mai greu decît la nevăzătorul din naștere.

184. CECITATE CROMATICĂ — sin. ANOMALIE DAUBENEY-CUDDART; MONOCROMATISM; DISCROMATOPSIE; ACROMATIE → ACROMATOPSIE.

185. CECITATE PSIHICĂ ● Sindrom descris de CHARCOT (1883) caracterizat prin imposibilitatea subiectului de a descrie ceea ce a văzut. Bolnavii acuză imposibilitatea lor de a vorbi și a evoca în clișee vizuale. Această tulburare apare în afara oricărei circumstanțe organice cerebrale. Se poate întîlni în depresie, isterie, psihoze schizofrenice și psihastenie.

186. CECITATE VERBALĂ PURĂ ^{sin.} → BENEDIKT-KÜSSMAUL — alexie.

187. CECITATE VIZUALĂ — sin. AFAZIE VIZUALĂ SUBCORTICALĂ → AFAZIE.

188. CEDAD^(M) Italia — DCI Benactizină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilamină-etilbenzilic, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte antico-linergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă, cit și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

189. CEDEC^(T) test ● Altă denumire dată testului Baruk, avînd etimologia în cuvîntul omonim, din ebraica veche, care desemnează o varietate particulară a sentimentului moral, „contopirea inimii cu mintea”.

190. CEFALÉE (cf. gr.: *kephale* „cap”) ● Durere localizată în extremitatea cefalică la nivelul craniului (sînt excluse regiunea feței sau regiunea posterioară a gîtului — ceafa propriu-zisă). Este suferința cea mai frecventă pentru care este consultat medicul (aproximativ 20% din bolnavii din ambulator), punîndu-l deseori într-una dintre cele mai dificile situații profesionale: să se fixeze într-un timp relativ scurt asupra cauzei celei mai probabile, să aleagă metodele de investigație cele mai potrivite, să

ceară sfatul altor colegi, de alte specialități; și să indice un tratament adecvat. Se știe că substanța cerebrală în sine este lipsită de sensibilitate, deci nu doare și sensibile sînt structurile de la nivelul craniului (pielea și țesutul subcutanat, mușchii, arterele și periostul) și intracraniene (vaselor mari, arterele, nervii cranieni).

Etiopatogenie. Cauzele sînt extrem de numeroase, subiectul fiind, de cele mai multe ori, în situația de a parcurge mai multe examinări de specialitate, care să afirme sau să excludă, în primul rînd, o cefalee simptomatică, în spatele căreia s-ar putea ascunde o afecțiune gravă, care impune instituirea unor măsuri de maximă urgență. De la cefaleea psihogenă pînă la cea din tumorile cerebrale, trebuie trecute în revistă toate condițiile ce pot genera durere în regiunea cefalică.

În funcție de cauzele și mecanismele de producere a cefaleei, se pot distinge (după M. MOANGĂ):

● **cefaleea vasculară:**

- primitivă — migrenă vasculară, algiiile vasculare ale feței (BUIG-FORTON) §
- secundară — mai frecvente: hipertensiunea arterială în afara puseelor, hipertensiune arterială paroxistică, feocromocitom, arterioscleroza cerebrală, insuficiența vertebră-bazilară, hipotensiunea arterială §
- mai rare — arterita temporală (boala Horton), boala Takayashu, periarterita nodosă, malformații vasculare cerebrale (angioame, anevrisme), ischemia cerebrală funcțională, intoxicația cu oxid de carbon, poliglobulinemia, encefalopatia respiratorie §

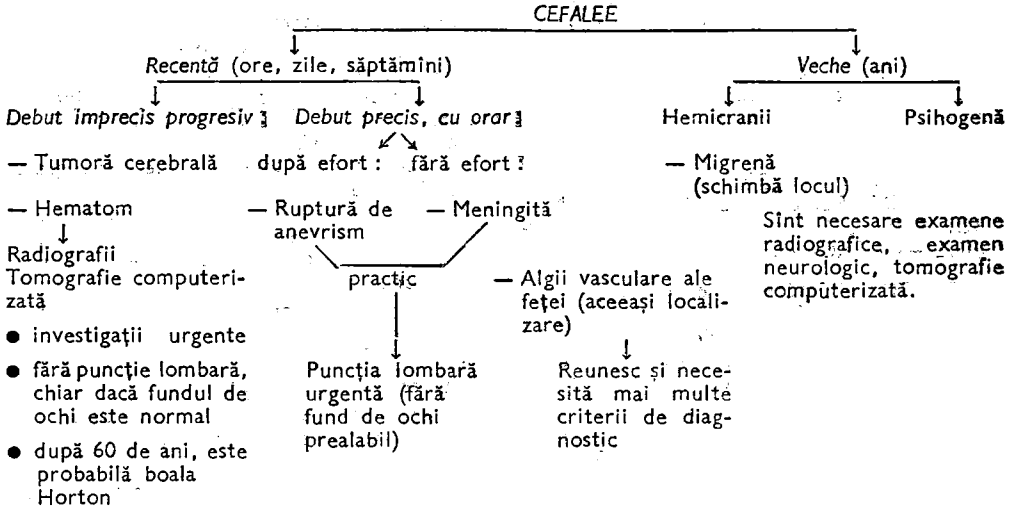
● **cefaleea lezională:**

- endocraniană-benignă: abcesul cerebral, tromboflebitele cerebrale, meningitele, meningo-encefalitele, neurovirozele §
- malignă — tumorile cerebrale §
- exocraniană — oculară: glaucom cronic, tulburări de convergență, nevrită optică retrobulbară § — ORL: sinuzite cronice § — osoasă: afecțiuni care interesează bolta craniană, boala Paget, mielomul multiplu, sindromul Morgagni, metastaze, afecțiuni ale coloanei cervicale sau alte porțiuni cervico-dorsale, celulele cefei §
- posttraumatică: nevromul cicatriceal al scalpului, schelele vasculo-durale, cicatrice durale, leziunea sinusului venos §

● **cefaleea psihogenă**. Schematic, evaluarea clinică pe care o face medicul practician

(psihiatru sau nu) când subiectul acuză „durerea de cap” poate arăta astfel ?

Tabel nr. XXXV



Odată îndepărtate cauzele neurologice, oftalmice, reumatologice și digestive, rămâne ca specialistul psihiatru să-și spună cuvântul, să aibă deplină competență în evaluarea clinică și terapeutică, deși riscă, nu rareori, să consume mult timp și multe medicamente pînă la o rezolvare adecvată.

Caractere clinice și diagnostic. Este vorba, de cele mai multe ori, de o cefalee veche, instalată de mai multe luni sau de mai mulți ani, pe care subiectul o prezintă utilizînd expresii care de care mai plastice, în încercarea de a-și descrie cit mai fidel suferința, în funcție de personalitatea sa. Sint întilnite, de obicei, următoarele comparații: ca o presiune, ca o menghină, ca o arsură, ca o greutate, ca un bolovan, ca o umflătură, ca niște furnici etc.

Nici topografia durerii nu este uniformă, deși se poate afirma că unele localizări sint predilectate: regiunea occipitală a cefei (sindromul Atlas al autorilor francezi), regiunea vertexului (creștetul capului), templele, fruntea. Se întimplă ca la unii subiecți localizările să fie multiple sau migratorii.

Ritmul durerii este caracteristic tocmai prin lipsa sa de specificitate și durata este extrem de variabilă, de la cîteva minute la cîteva ore, săptămîni, sau chiar ani (deși subiectul se poate odihni noaptea foarte bine, în tot acest timp

insomnia fiind numai un simptom asociat). La o anamneză corectă va reieși că factorii care declanșează sau amplifică cefaleea sint exact aceia care generează tensiuni psihice: emoții pozitive sau negative, contrarierate, „enervare”, condiții de zgomot excesiv, suprasolicitări pe plan intelectual, surmenaj.

Intensitatea durerii variază diurn, apărînd la 2—3 ore după încetarea activității și către seară. Pot exista exacerbări cu caracter migrenoid în otite și tulburări vegetative (înroșirea ochilor, a feței) și vestibulare (amețeli). Invers, cefaleea psihogenă se ameliorează evident după un somn odihnitor, după practicarea mișcării în aer liber, după o excursie sau o vacanță reconfortantă. Cedază, de obicei, la medicamente antialgice. La cel mai mic dubiu asupra diagnosticului, medicul psihiatru nu va evita să recurgă la ajutorul colegilor săi (neurolog, radiolog, oftalmolog), la radiografiile craniului, coloanei cervicale, la electroencefalogramă, la examen oftalmologic și, eventual, la tomografie computerizată.

Cefaleea descrisă mai sus face parte, alături de astenie și insomnie, din triada care alcătuiește sindromul astenic, întilnit în special în nevroze, dar și în alte afecțiuni psihice (psihoze, boli care au substrat psihoorganic). În acestea din urmă, cefaleea nu are valoare clinică impor-

tantă, constituind un element semiologic secundar, față de depresie sau sindromul delirant halucinator. În nevrozile și decompensările nevrotice ale personalităților structurate dizarmonic, descrierea cefaleei frapează prin plasticitatea și polimorfismul expresiei, în funcție de imaginație și gradul de cultură, de posibilitățile de expunere ale subiectului, cefaleea fiind deosebit de tenace în cazul nevrozei isterice sau a neurasteniei cenestopate și constituind o acuză frecventă a sexului feminin.

Tratamentul cefaleei psihogene este identic cu cel al afecțiunilor psihice pe al căror substrat se manifestă, cedând uneori la măsuri simple (masaj al musculaturii cefei și centurii scapulare, căldură locală, băi calde generale, gimnastică ușoară a capului) sau la banala aspirină. Medicația tranchilizantă prescrisă (numai de medicul psihiatru, în funcție de fiecare caz în parte), va contribui la succesul terapeutic.

● **CEFALEEA LA COPII** — este relativ frecventă. Dacă unii autori admit că poate debuta în jurul vârstei de 4 ani și chiar mai devreme, majoritatea sînt de acord să plaseze apariția cefaleei la vîrstă școlară. Poate fi difuză sau cu predominantă frontală sau occipitală și este rareori continuă și, în aceste cazuri, copiii acuză faze de exacerbare și cefaleea este însoțită adesea de fenomene digestive sau de manifestări neurovegetative. După M. STERLING, debutul cefaleei ar fi în legătură cu reprimarea crizelor de minie. Etiopatogenic, T. Mc. GOVERN distinge: cefaleea în afecțiunile intra- și extracraniene și cefaleea consecutivă unor boli sistemice, ce pot modifica circulația encefalică (infecții, intoxicații, tulburări metabolice etc.) și cefaleea în raport cu o diateză alergică și sindrom hemicranian și cefaleea funcțională (tensională, psihogenă, cu beneficiu secundar, de conversiune etc.) și cefalee dificil de clasat. Cefaleea de tip tensional, cu localizare frecvent occipitală, însoțită de anxietate, grețuri, vărsături, tensiunea mușchilor cefei, ar fi, după A. P. FRIEDMAN, mai frecventă la copii hiperemotivi. Cefaleea psihogenă este totdeauna simptomatică pentru o situație conflictuală. Cînd cefaleea apare în primii ani de școală, ea este însoțită de simptome discrete, care trebuie cercetate: persistența anacronică a fobiilor normale din prima sau a doua copilărie, elemente obsesionale parazite, tulburări de somn, dificultăți de adormire, coșmaruri, enurezis. Cefaleea se dezvoltă adesea, după P. BOURDIER, pe un fond fobico-obsesional; semnal de alarmă care arată că mijloacele de apărare contra angoasei sînt insuficiente.

Migrena este o cefalee paroxistică de cauză vasculară, separată de intervalele libere și se consideră că aproximativ 8% din copiii între 6—15 ani suferă de migrenă și că peste 50% din migrenele adultului debutează în copilărie. Clinic, se caracterizează prin crize repetitive de cefalee pulsatilă, precedată de aură vizuală senzorială sau motorie, durată este variabilă și diminuează ca intensitate după somn. Sînt frecvente tulburările neurovegetative (grețuri, vărsături, fotofobie, dureri abdominale, paloare). Migrena este precipitată de situații stresante, efort intelectual și fizic intens. Unele trăsături cum sînt hiperestezia, sugestibilitatea, perfecționismul, anxietatea par a caracteriza copiii migrenosi. În 30% din cazuri se întîlnesc convulsii sau diferite kinestozes. Faptul că 20% din copiii cu migrenă au trasee electroencefalografice paroxistice, a determinat pe unii autori să considere afecțiunea un echivalent de epilepsie. Există și forme clinice particulare de migrenă: migrena abdominală („furtuna vegetativă abdominală”), cu paloare, vărsături, dureri abdominale și migrena cu hemiplegie tranzitorie și migrena oftalmoplegică (însoțită de paralizii trecătoare ale nervilor cranieni).

Cefaleea din procesele expansive intracraniene este un semn precoce, constant și de mare valoare diagnostică, produs prin tracțiunea și deplasarea structurilor intracraniene sau prin tulburări în circulația lichidului cefalorahidian. Clinic, se caracterizează prin caracterul progresiv, intensitatea moderată, accentuarea la schimbările poziției capului, la efort fizic, precum și dimineața la calmarea ei după vărsături (care se produc fără efort). Examenul clinic (fundul de ochi, radiografia craniiană) și neurologice sînt indispensabile pentru stabilirea diagnosticului.

Cefaleea din meningite și encefalite, apare în context febril cu vărsături, semne meningeale și stare generală alterată. Sînt produse de inflamația structurilor intracraniene senzitive și de contracția mușchilor cefei.

Cefaleea din malformațiile vasculare cerebrale (angioame, anevrisme) — este deosebit de violentă în caz de ruptură a acestora, situație cînd se asociază cu pierderea conștiinței, convulsii, lichid cefalorahidian hemoragic. Examenul angiografic precizează locul leziunii.

Cefaleea după traumatismul cranian, este cauzată de edemul cerebral sau de hematumul intracranian. În raport cu traumatismul, poate fi precoce sau tardivă (cerebrastenie post-traumatică).

Cefaleea postpuncțională se datorește hipotensiunii lichidului cefalorahidian și tracțiunii exercitate asupra formațiunilor centrale prin

scăderea volumului lichidului cefalorahidian. Apare la 20—30% din cazuri, după puncția lombară.

Cefaleea asociată stărilor accesuale convulsive apare ca aură sau postconvulsiv, la trezirea din criza epileptică.

Cefaleea din bolile generale survine în afecțiuni febrile, intoxicații, hipertensiune arterială.

Cefaleea sinusală apare în infecții, traumatisme, tumori, boli alergice.

Cefaleea oftalmologică survine în tulburările de acomodare, viciile de refracție.

Nevralgiile simptomatice sînt semne ale inflamațiilor, traumatismelor, neoformațiilor.

191. **CEFALEE HISTAMINICĂ** — sin. ERI-TROMELALGIA CAPULUI ^{sin.} → HORTON^(S) sindrom.

192. **CEFALGIE** (cf. gr. *kephale* „cap” și *algos* „durere”) ● Termen sinonim cu cefaleea, pe care unii autori (C. ARSENI) îl preferă, considerînd că și durerea extremității cefalice face parte, alături de celelalte „algii”, din grupa mare a sindromului dureros.

193. **CEFALINE** — sin. ENKEFALINE ^{sin.} → ENDOMORFINE.

194. **CEFALO-** (cf. gr. *kephale* „cap”) ● Element de compunere utilizat în termenii care se referă la cap.

195. **CEFALOGEL** (cf. *cefalo-* și gr. *kele* „tumoră, hernie”) — sin. CRANIOCEL și ENCEFALOCCEL ● Malformație congenitală craniocefalică care constă în prezența unui cranioschizis prin care se herniază sub piele duramater cefalică cu o porțiune subiacentă din encefal. Cefalocelul apare în anumite puncte de elecție (locurile de sudură a oaselor craniului sau în zonele de unire a porțiunilor unui os, provenite din nucleii de osificare diferiți). Cel mai frecvent, malformația se întîlnește în regiunea occipitală (asociată uneori cu spina bifidă a coloanei cervicale), volumul herniei putînd egala aici pe cel al craniului. Urmează ca frecvență encefalocelul fronto-orbital, internazal și sfenofaringian. Clinic, tumora are dimensiuni variate, este opacă la iluminare (translucidă, cînd țesutul cerebral din sacul hernian este atrofiat), pulsatilă, iar tegumentul modificat. La nivelul feței, cefalocelul fronto-orbital este mai redus în volum, dar produce modificări importante ale fizionomiei.

Printre simptomele asociate, mai frecvente sînt diplegia spastică, parapareza, hidrocefalia, crize epileptice și întîrzierea în dezvoltare psihomotorie. Examenul radiologic (mai ales

ventriculografia) poate stabili proporția de țesut cerebral și de spații lichidiene cuprinse în tumoră. Cefalocelul trebuie diferențiat de hemangiomul congenital și hematomul obstetrical cu sediu parietal (nu sînt pulsatile și descresc treptat în volum).

Prognosticul este în raport cu sediul cefalocelului, conținutul sacului hernian și anomaliile asociate. Aproximativ 1/3 din cazuri beneficiază de tratament chirurgical. Postoperator apar, însă frecvent recidive însoțite de hidrocefalie.

196. **CEFALODINIE** (cf. *cefalo-* și *odyne* „durere”) ● Termen utilizat în trecut pentru a defini cefaleea, în prezent fiind abandonat și încercarea unor autori de a defini prin el cefaleea la copil, nu a reușit să se impună.

197. **CEFALONIE** (cf. gr. *kephale* „cap”, augmentativ) ● Disproporție cranio-cerebrală, ce constă în macrocefalie (dimensiunea anormală a craniului, însoțită și de creșterea greutateii creierului, care poate atinge 2,850 g). Evidență de la naștere este de etiologie diversă, fiind asociată cu tulburări neuropsihice (întîrziere mintală, în special în dezvoltarea limbajului, prezentă chiar atunci cînd hipertrofia cerebrală este unilaterală). Anatomopatologic se constată hiperplazia sclerotică a creierului. Prognosticul este nefavorabil.

198. **CEGRAMINE^(M)** Portugalia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamină)propiofenonă și este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe de psihostimulare inferioare amfetaminelor, și cu performanțe anorexigene apropiate de cele ale fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO și în timp; poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

199. **CELECTOL^(M)** Austria — DCI *Cefiprolol* ● Betablocant, de tip 3-/3-acetil-4-/3-(tert-butilamină)-2-hidroxi-propoxi /fenil /-1,1-dietiluree, indicat în combaterea anxietății, distoniei neurovegetative, afecțiuni psihosomate, combaterea tremorului senil. Nu se asociază cu IMAO.

200. **CELSUS^(B)** *boală* ^{sin.} → CATALEPSIE.

201. **CENESTEZICE^(B)** *halucinații* (cf. gr. *koinos* „comun” și *aisthesis* „senzație”) ● Halucinații ale sensibilității generale și interne Pot fi halucinații cenestezice generale, care realizează sindromul de depersonalizare (electrizări, pose-

siuni demono-sau zoopatice, transformări corporale) sau parțiale (halucinații ale sensibilității viscerale).

202. CENESTEZIE (cf. gr. *koinos* și *aisthesis*)

● Sursa acestei noțiuni de interes istoric se află în tradiția aristotelică și scolastică. În viziunea lui Aristotel, originea memoriei, a imaginației, a capacității de judecată era „simțul comun” care unifică datele senzoriale. Pornind de la această concepție, cenestezia a primit diverse interpretări în secolul al XIX-lea și la începutul secolului al XX-lea, toate însă destul de ambigue. Astfel, REIL vorbea de un sentiment vag pe care subiectul îl are față de persoana sa și care este independent de simțuri. PEISSE o definea în 1844 ca „sentiment prin care corpul are Eului ca fiind al său”. După COTARD (1877), cenestezia poate fi identificată cu tonalitatea afectivă generală. ROY, vorbea în 1905, de o „conștiință vegetativă splanhică”, datorată informațiilor primite pe căi proprio- și interoceptive.

Se poate spune deci că, în viziunea clasică, se intrică trei accepțiuni: cea a stării psihice, fondind o subiectivitate „simțită” somatic; cea a tonalității afective generale și cea a integrării datelor senzitive interne.

În lumina primei accepțiuni, COTARD privea delirul ca exces de subiectivitate, determinat de exces cenestezic, depersonalizarea fiind considerată, de asemenea, ca o tulburare cenestezică; BLONDEL emite, în 1914, teza „conștiinței morbide”.

A doua accepțiune se apropie de sensul modern a noțiunii de dispoziție, stînd la baza teoriilor psihopatologice „timice” (GRÜN-WALD, DELAY). Folosind a treia accepțiune, teoriile perimate începeau să explice afecțiuni ca hipocondria, iar DUPRÉ argumentează cenestopatiile. ROELENIS consideră cenestezia ca o noțiune mai mult fiziologică sau psihofiziologică, desemnînd domeniul sensibilității noastre generale.

La începutul secolului trecut, cenestezia a fost concepută ca ansamblu și sumă a senzațiilor interne, venind din toate zonele corpului și transmise, în cea mai mare parte, pe căile vegetative, către centrul nervos superior. Cenestezia ar fi resimțită, în mod normal, ca o senzație de bine, de bunăstare, de existență plină.

GUIRAUD, plecînd de la noțiunea de ardoare vitală sau elan vital (BERGSON), face o critică a conceptului de cenestezie și propune înlocuirea lui cu cel de „cenotimie”, întrucît este implicat un Eu care simte ceva nou, provenit fie din interior, fie din exterior. Ca expresie a unei integrări continue, la care participă,

fără încetare, întregul corp și modificările lumii exterioare, cenotimia este atipică, constituind originea Eului și a conștiinței. Ca pentru toate funcțiile sensibilității, tulburările se manifestă și în acest caz prin iluzii, halucinații, halucinoze, interpretări delirante, fenomene care apar în numeroase psihoze, dar mai ales în hipocondria delirantă. După alți autori (BERNARD), lipsa de precizie a noțiunii de cenestezie ar fi mult mai bine compensată prin introducerea noțiunii de schemă corporală.

203. CENESTOPAT (cf. gr. *koinos* „comun” și *aisthesis* „senzație”; *pathos* „încercare, experiență”)

● Tip constituțional cu o sensibilitate deosebită, resimțind în mod particular cenestezia, din care se recrutează ulterior suferinza psihici — schițat de DUPRÉ. Acest „dezechilibru” constituțional al sensibilității îi deosebește însă pe cenestopați de hipocondriaci, primii păstrîndu-și nealterate activitatea și contactele sociale, ceilalți caracterizîndu-se prin introspecție, preocupare excesivă pentru boală, anxietate.

Cu toată finețea descrierilor, „cenestopatul” nu s-a păstrat ca tip deosebit de personalitate, frecvența tulburărilor aparent caracteristice fiind crescută într-o largă serie de afecțiuni psihice și avînd un caracter foarte puțin specific.

204. CENESTOPAT^(D) delir ●

Convingere puternică a unor subiecți, impenetrabilă la argumente și la proba obiectivă a realității, privind acuzele lor cenestopate. Termenul a fost introdus de SIVADON. Sînt greu de diferențiat ideile delirante cenestopate de halucinațiile corporale. Subiectul are convingerea că senzațiile cenestopate în diferite zone ale corpului (arsuri, înțepături, dureri, furnicături) au un substrat organic obiectiv. Acestea îi perturbă întregul comportament, subiectul consultînd numeroși medici pentru a găsi cauzele senzațiilor percepute. Se poate întîlni în orice tip de psihoză, fiind mai frecvent în psihozele preînvolutive și involutive.

205. CENESTOPATIE ●

Tulburări particulare ale cenesteziei, descrise și denumite astfel de DUPRÉ și P. CAMUS (1907). Sînt alterări locale ale sensibilității comune, de tip algic sau parestezic, putînd interesa orice zonă sau punct al organismului. Ca fenomen psihopatologic, sînt ireductibile la un alt proces morbid și greu descriabile de către subiect. ROGUES DE FURSAC afirmă că „există tot atîtea tipuri de cenestopatii cît și cenestopați sînt” și subliniază, ca și alții, caracterul straniu pe care îl au descrie

riile bolnavilor, amintind de ideile delirante. Cenestopatiile, considerate ca tulburări perceptivă, se pot înscrie într-un continuum de gravitate, mergând de la simple iluzii până la halucinații.

Caracterul funcțional, anorganic, independent de orice leziune locală patogenă și existența lor autonomă sint, după DUPRÉ, atributele lor fundamentale. Cenestopatiile nu apar izolate, ci asociate cu anxietate, depresie, tulburări obsesive. De asemenea, cenestopatiile pot sta la baza constituirii unui delir hipocondriac, fiind, în acest caz, analoge cu tulburările psihosenzoriale din alte tipuri de delir. Interpretări mai moderne, pornind chiar de la descrierea prințeps, încadrează cenestopatiile printre alterările conștiinței de sine, respectiv ale somatognoziei. Deși pot apărea aproape în întreaga patologie psihică, cenestopatiile sint mai frecvente în neurastenie, nevroza anxioasă, isterică și depresivă, ateroscleroză cerebrală, unele deliruri.

206. CENESTOPATOZĂ EGLITIS ^{sin.} →
CENESTOPATIE (DUPRÉ-CAMUS).

207. CENILENE^(M) Portugalia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazini-alkilfenotiazinic de tip 4-β/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil-1-piperazinetanol. Indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

208. CENO- (cf. gr. *koinos* „comun” și *kainos* „nou”) ● Element de compunere care introduce în termeni noțiunea de comun (*koinos*) sau de nou (*kainos*).

209. CENOFOBIE^(R) (cf. gr. *kenos* „gol” și *phobos* „frică”) — sin. KENOFOBIE^(R) ● Teamă patologică de spații deschise (cimpii, deșerturi, mări), diferită de agorafobie, care implică posibilitatea unor evenimente cu succesiune rapidă (accidente, agresiuni), specifice doar aglomerărilor urbane. Cenofobia implică o absență a posibilității de refugiu, ca apărare. Este întâlnită la personalități psihastenice, la subiecții anxioși, ca fobie unică în unele nevroze.

210. CENOTIMIE (cf. *ceno-* și gr. *tymos* „spirit”, „inimă”) ● Termen utilizat de GUILRAUD pentru a defini timia fundamentală și

globală. Nu mai este utilizat în prezent în semiologia psihiatrică → CENESTEZIE.

211. CENSTIM^(M) S.U.A. — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzepinic de tip 5-β-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune anti-depresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzând depresia endogenă și este posibilă și se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12–14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existând riscul recăderilor (în nevroze — minim 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

212. CENTALUN^(M) R.F.G. — DCI *Centalun* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-1-fenil-3-butin-1,2-diol, cu acțiune anxiolitică sedativă.

213. CENTEDRINE^(M) Ungaria — DCI *Metifenidat* ● Psihostimulent, derivat difeniletilaminat de tip α-fenil-2-piperidin acid acetic metil ester și efectele simpaticomimetice pot fi considerate nule. Indicat în astenie, depresii reactive, diminuarea activității intelectuale din presenilitate, sevraj, (toxicomanii, alcoolism), tulburări de dinamică sexuală și, în asociere cu alte psihotropice, pentru combaterea efectelor secundare (cea mai frecventă asociere pare a se realiza cu produsul reserpinice). Efectele secundare sint, în general, moderate și constau în insomnie, nervozitate, eretism cardiac, anxietate moderată. Contraindicațiile sint reprezentate de stări de excitație psihomotorie, anxietate, comitalitate, sarcină și afecțiuni cardiace.

214. CENTIL (cf. lat. *centum* „sută”) ● Valoare de structură a unei repartiții statistice care marchează împărțirea unei selecții, ordonate după valorile în creștere ale variabilei în o sută de părți egale.

În psihometrie, centilul indică locul unui subiect în raport cu o sută de indivizi de aceeași vîrstă cronologică, centilul „100” corespunzînd în mod obișnuit celui mai bun subiect iar centilul „0”, celui mai slab din punct de vedere al performanțelor intelectuale.

Cotația în centile are însă o serie de inconveniente de ordin statistic (diferența de nivel între subiecții de rang 95 și 90 este mult mai mare decît a subiecților 55 și 50).

În practică, centilul 50 corespunde unui QI de 100, iar, centilele 25 și 75, unui QI de 90 și 110.

Correspondența dintre QI și centile este, după L. MOOR, următoarea :

Tabel nr. XXXVI

Centile	1	3	5	7	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
QI	59	68	73	77	81	85	89	91	94	96	98	99,7	101,4	103
Centile	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99				
QI	105	106	118	110	118	115	118	123	125	130				

215. **CENTILAJ** ● Ordonare realizată prin dispunerea unui eşantion de populație reprezentativ, într-o sută de clase cu frecvențe egale. Diverse explorări psihometrice (ale inteligenței, atitudinilor, trăsăturilor de personalitate etc.) se bazează pe această metodă de măsurare în clase, sau de etalonare.

216. **CENTRAC^(M)** Grecia — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

217. **CENTRACTIL^(M)** R.F.G. ; **CENTRACTYL^(M)** Suedia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere a psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

218. **CENTRAMIN^(M)** Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

219. **CENTRARE** (cf. gr. *kentron* și lat. *centrum*) ● Termen introdus în psihologie de PIAGET, desemnând direcționarea aproape exclusivă a funcțiilor cognitive asupra unor porțiuni sau segmente limitate ale realității, care constituie obiectul de moment al cunoașterii.

● Centrare perceptivă, ca subfază a percepției, constă în mobilizarea analizato-

rilor specifici, cu minimum de intervenție a subiectului, astfel încât obiectul centrat este perceput cu maximum de acuitate, dar supraestimat, celelalte elemente ce formează fondul perceptiv fiind subestimate. „Spațiul perceptiv nu este omogen și este, în fiecare moment, centrat iar zona de centrare corespunde unei dilatări spațiale, în timp ce periferia acestei zone este cu atât mai mică cu cât se depărtează mai mult de centru” (J. PIAGET). Huziile optico-geometrice reprezintă efectele fiziologice normale ale deformărilor survenite prin centrări perceptive.

● Centrare intelectuală constă în efectuarea unor raționamente asupra unor situații date, prin luarea în considerare numai a anumitor aspecte caracteristice situației și neglijarea celorlalte.

În psihogeneză, cele două tipuri de centrare se compensează reciproc prin coordonări succesive, fiind ajustate prin decenterări → DE-CENTRARE.

220. **CENTRAX^(M)** Anglia, S.U.A. ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **CENTRAC^(M)** Grecia.

221. **CENTRECFAL** (cf. gr. *kentron* și *enkephalos* „creier”) ● Sistem neuronal central ipotetic, imaginat de PENFIELD, în 1950, în intenția de a oferi un suport anatomic funcției de integrare interemisferică și deci unității coerente a proceselor psihice. Este vorba de zona diencefalo-hipotalamică, deci formațiunile de la baza creierului. În cadrul acestor formațiuni nervoase, ar exista un sediu al integrării percepțiilor, altul al evocării experiențelor și altul al achizițiilor. Se pare (MAC-LEAN,

RAPEZ) ca sistemul format din cornul lui Amon; hipocamp și sistemul amigdalian are o anumită importanță în elaborarea compartamentului (activitatea și motivația de ordin instinctiv-afectiv). Până în prezent nu s-a putut aduce însă nici o dovadă certă în acest sens.

222. CENTRE DE INTERES — metodă pedagogică ● Tehnică creată de psihiatrul belgian O. DECROLY pe principiile educației funcționale, constind în axarea procesului instructiv-educativ pe activități (mai-ales pragmatice) care corespund unor interese dominante ale copilului și unor particularități de vîrstă și psihologice proprii acestuia. DECROLY distinge patru centre de interes „fundamentale”, stabilite prin reducerea trebuințelor biologice și psihologice la patru nevoi fundamentale (de a trăi, de securizare și protecție, de muncă colectivă, de odihnă și recuperare), care asigură atingerea finală a scopului școlii, și anume, adaptarea la realitate. Elevii optează pentru un anumit „centru de interes”, pe care îl studiază de-a lungul unui an școlar, stabilindu-se preferențial și tipul activităților didactice.

La baza activității școlare stă observația directă și indirectă (inducția a realității studiate „in loco” sau prin metode figurative, procurate sau construite de elevi și profesori. Inducția este armată de un exercițiu de „asociere” (compararea datelor observate, stabilirea legăturilor cauzale etc.) și de exerciții de „exprimare” concretă (prin desen, activități practice, jocuri educative) și abstractă (lectură, scris, recitat etc.); toate subscrindu-se centrului de interes ales de elev. Pe linia centrelor de interes se mai înscriu: „metoda complexelor”, experimentată în U.R.S.S., care se aseamănă prin finalitate cu „metoda proiectelor”, elaborată tot de DECROLY, și metoda COUSINET.

223. CENTROLYSE^(M) Argentina — DCI *Butriptilină* ● Antidepresiv timoléptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip DL-10,11-dihidro-N,N, β-trimetil-5H-dibenzo[a,d]cicloheptan-5-propilamină, indicat în depresii de intensitate variabilă (efectul terapeutic obținindu-se în funcție de doza), cu o bună toleranță → **TIMOLEPTICE**.

224. CENTROTON^(M) Austria — DCI *Pirovalerona* ● Psihostimulent canvalente anorexigene, derivat feniletilaminat de tip 4'-metil-2-(1-piroidinil)valerofenonă, indicat în mod deosebit în combaterea efectelor secundare ale neurolepticilor și anticonvulsivanelor → **PSIHOSTIMULENTE**.

225. CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ

● Progresul uriaș și incontestabil făcut de

psihiatria ultimelor decenii a însemnat nu numai un proces de delimitare și circumscrieri în găsirea unui limbaj și a unei metodologii proprii, dar și o deschidere majoră pentru problemele comunității, avînd drept impact esențial tendința la schimbarea mentalității asupra bolii psihice.

Particularitățile bolii psihice au făcut ca ea să figureze printre problemele prioritare ale sănătății publice, strîns legate de însăși construcția unei infrastructuri organizatorice care să poată articula funcțional și să răspundă deziideratelor majore de intervenție eficientă:

- incidența crescută dublată de o ridicată prevalență;
- cronicitatea unui important număr de boli psihice și capacitatea lor invalidantă;
- existența în colectivitate a unor tulburări psihice izolate cu potențial evolutiv către boala psihică;
- evoluția îndelungată a bolii psihice, cu implicarea negativă directă sau indirectă a individului și familiei sale;
- afectarea grupelor tinere și a copiilor, urmată de creșterea contingentului de deficienți (dependenți);
- problema incapacității temporare de muncă, care situează bolile psihice în toate țările lumii pe prima grupă de morbiditate cu ITM;
- eforturile recuperatorii îndelungate și dificile;
- tensionarea colectivității de către bolnavul psihic;
- costul ridicat individual și comunitar al bolii psihice;
- neacceptarea bolii de către bolnav;
- implicațiile medico-judiciare.

În aceste condiții, general valabile istoric în ceea ce privește boala psihică, situațiile sistemului medical au variat de la o etapă la alta într-o strînsă legătură cu cel puțin trei factori majori:

- progresul terapeutic;
- modelul socio-comunitar;
- factori economici.

Tendința generală a medicinei a evoluat spre înțelegerea nu numai a patologiei sub raport bio-psiho-social, deci ca întreg și indivizibil, ci și a actului medical și recuperator pentru bolnav, văzut ca unitate funcțională și operațională în cadrul ansamblului comunitar. O astfel de abordare are consecințe practice, întrucît vom găsi în esența ei și motivațiile pentru care nu a mai fost acceptat la un moment dat un model instituțional.

Sistemul azilar, care a fost instituit după revoluția pineliană, a răspuns bine etapei prekraepelinienne, cînd, deși s-a făcut dovada că bolnavul nu trebuie să stea în lanțuri, nu se poate stabili cu exactitate unde trebuie plasat. Terapiile

rată de mutațiile practicii medicale, fac ca medicina să fie azi tot mai socială, desfășurîndu-se acolo unde omul muncește și trăiește.

Orientarea pregnantă către ambulator, în care se desfășoară peste 80% din actele tera-



Centrul de Sănătate Mintală Titan – București

biologice au fost cele care au provocat fisuri adînci zidului azilar, spulberînd mitul incurabilității bolilor psihice și deschizînd nu numai poarta etfologică și etiopatogenică ci și pe cea a spitalului care nu a mai rămas un drum cu sens unic. Revoluția terapiei biologice, ca și a terapilor „de șoc”, în ciuda eficacității lor, au zguduit conștiința publică. Din păcate, soluțiile „de șoc” au devenit un loc comun în societatea decenilor patru și cinci, avînd un larg ecou pe întreaga planetă și constituînd un obstacol psihologic, care va fi cu greu depășit în anii postbelici.

Totuși, ultima poartă și cea mai bine zăvoărită, aceea a conștiinței comunitare, va fi deschisă, indirect, tot datorită progresului terapilor biologice, concretizat prin sintetizarea tripticului neuroleptice-antidepresive-anxiolitice, care a redat bolii psihice dimensiunea reală de boală, ca oricare alta. Extra muros nu a fost însă, așa cum se pare, numai opțiunea psihistriei, ci întreaga medicină s-a deplasat în ultimele decenii în afara spitalului. Relația modernă a trinomiului boală-medic-bolnav, gene-

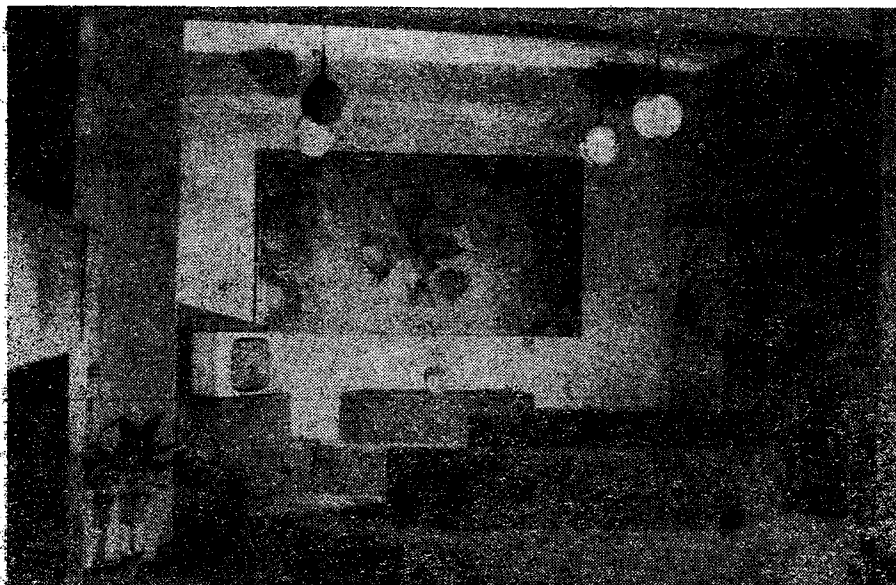
puitice ale psihistriei, a necesitat găsirea unor formule de optimizare a acestora. Cu toate acestea, ambulatorul singur, chiar în formula lui cea mai dezvoltată — Laboratorul de sănătate mintală — nu poate răspunde tuturor cerințelor comunității pe care o deservește, chiar dacă și îndeplinește la parametrii cei mai înalți funcția de dublu filtru activ în orientarea bolnavului psihic. Experiența unor țări cu bogată tradiție, ca : U.R.S.S., S.U.A., Anglia, Franța (unde au devenit celebre „arondismentul 13” și nașterea psihistriei de sector), au făcut ca discuțiile să treacă de la aspectul evaluator și critic la cel praxiologic, la instituirea unei viziuni sistemice moderne și operaționale în asigurarea asistenței de specialitate.

Centrul de sănătate mintală se desprinde de acest context ca un model complex și multifuncțional, cu activitate predominant extraspitalicească, avînd autonomie și o mare flexibilitate în ceea ce privește canalele de comunicare. Organizarea Centrului de sănătate min-

tală este complexă, o astfel de unitate putând cuprinde următoarele formațiuni complete :

- Laboratorul de sănătate mintală (1—3 laboratoare, după numărul membrilor comunității) ;

bolilor psihice, pe care comunitatea i le pune în față. Acest lucru ar fi cu neputință fără asigurarea unui sistem de legături operaționale eficiente, în permanență libere, care să realizeze o bună ghidare a bolnavului cu o cit mai redusă



Centrul de Sănătate Mintală Titan (interior)

- Staționarul de zi (cu 100—200 locuri, după numărul laboratoarelor de sănătate mintală arondate) ;
- Staționarul cu paturi (circa 25% din numărul de locuri al Staționarului de zi) ;
- Serviciul relații sociale.

Dimensiunile acestei structuri se pot modela după nevoile comunității, experiența noastră indicând o funcționare optimală, la o populație de 500 000 de locuitori, a unui Staționar de zi cu 200 de locuri și 50 de paturi. La aceste dimensiuni, Centrul de sănătate mintală Titan a reușit o rezolvare a circa 8 000 de internări pe an, circa 100 000 de consultații și 2 500 de dispensarizări anuale. Totodată, studii ale OMS arată că la populații mai mici de 100 000 de locuitori și la un număr mai mic de 80 de locuri staționar de zi, formațiunea își pierde viabilitatea. Încadrarea complexă cu specialiști și buna organizare a compartimentului social creează posibilitatea rezolvării majorității problemelor, precum și a numeroaselor exigențe privind recuperarea, combaterea și prevenirea

desprindere de mediul său socio-profesional și familial. Un astfel de sistem de legături, în majoritatea biunivoce, determină posibilitatea unei atitudini responsabile și active, constituintă din punct de vedere medical, însăși rațiunea de funcționare a Centrului de sănătate.

Acesta trebuie să-și dezvolte însă în permanență și un alt tip de legături, care nu numai că vor feri instituția de marginalizare și îngustare a problematicii, dar implică și o sensibilizare a psihiatrului la schimbările ce intervin în comunitate (legăturile cu alte instituții comunitare).

Sănătatea mintală, în cadrul sănătății comunitare, joacă un rol central și de o deosebită importanță în epoca pe care o trăim, iar Centrul de sănătate mintală trebuie să fie garanțul medical al acesteia, punctul de referință și sprijin al comunității dispuse să-și rezolve o problemă de interes major.

226. CENUȘĂREASĂ — complex ● Structură particulară a personalității copilului de-

scrisă de W. H. GREEN în cadrul tulburărilor de personalitate de tip evitant (avoidant). Copilul este adesea inhibat de către părinții săi care îl devalorizează sistematic, minimalizându-i rolul în cadrul grupului familial. Părintele, permanent depășit de evenimente, inhibat și timid ca și copilul său, acționează represiv asupra inițiativelor și dezvoltării acestuia.

227. CENZURĂ (cf. lat. *censura* „apreciere, verificare, critică”) ● Ca termen de specialitate noțiunea de „cenzură” este specifică limbajului psihanalitic, desemnând acea funcție ce interzice, mai mult sau mai puțin intens, accesul dorințelor inconștiente și al formațiunilor derivate din aceste dorințe la sistemul preconștient-conștient. FREUD vorbește despre cenzură în special în textele referitoare la o „primă topică” (împărțirea aparatului psihic în trei subsisteme: inconștient, preconștient, conștient). În acest sens, cenzura se exercită ca un baraj selectiv asupra tendințelor psihice din inconștient, pentru a le împiedica să pătrundă în sistemul conștient. Astfel, cenzura este funcțiunea pe care se sprijină refuzarea. Dar cenzura se exercită și între sistemul preconștient și conștient. În teoria sa asupra viselor, FREUD atribuie cenzurii rolul de a suprima sau deforma unele pasaje, fragmente din conținutul viselor, lacunele care apar în visul manifest, elementele bizare, fragmentele pe care persoana nu și le mai amintește sau și le amintește vag, obscur. În cadrul visului cenzura funcționează după trei modalități :

- îmbinarea unor pasaje ;
- atenuarea, slăbirea, îndeterminarea altor părți din conținutul visului ;
- deformarea unor conținuturi (prin omisiune, regrupare a elementelor, deplasare a centrului de gravitate de la un fapt la altul), astfel încât visul manifest diferă mult de visul latent.

Cenzura provoacă însă nu numai o deformare a visului (a conținuturilor), ci se exercită continuu pentru a păstra deformarea produsă fiind definibilă ca o relație dinamică ; în acest sens ea este un factor care întărește și menține rezistența în travaliul analitic, în interpretare. Acțiunea cenzurii este variată : unele elemente sînt suprimate, altele modificate, iar altele trec în conținutul manifest al visului fără să fi suportat modificări. Tendințele care susțin cenzura sînt cele pe care persoana în stare de veghe nu le admite, nu le acceptă ca fiind ale sale ; un refuz manifest poate fi un efect al cenzurii, aici devenind necesară interpretarea. Tendințele cărora cenzura li se aplică sînt cele apreciate ca indecente din punct de vedere moral și social. „Aceste dorințe cenzurate,

care în vis capătă o expresie deformată, sînt, înainte de toate, manifestările unui egoism fără margini și fără scrupule” (FREUD). În timpul somnului Eul se detașează de exigențele morale și cedează exigențelor instinctului sexual, exigențe opuse regulilor morale restrictive. În căutarea plăcerii libidoul este liber să-și aleagă obiectele, rezistențele fiind suprimate ; astfel, libidoul își exercită alegerea în special asupra obiectelor interzise (mama, fiul, sora) ; dorințele de răzbanare, dorințele vizînd moartea unor persoane pe care subiectul în existența conștientă le iubește, se manifestă frecvent în vise. Toate aceste dorințe nu apar în starea de veghe, pentru că ele sînt interzise, reprimare de cenzură. Există și vise în care se realizează satisfacerea unor dorințe legitime, a unor trebuințe organice, iar conținutul acestora nu suportă nici o deformare. Deformarea depinde de doi factori : măsura în care dorința este reprimabilă (este mai intens opusă regulilor morale) și intensitatea proprie cenzurii. FREUD leagă cenzura de Eu : „deformarea visului este o consecință a cenzurii pe care tendințele Eului o exercită împotriva tendințelor și dorințelor indecente care izbucnesc în noi în timpul nopții, în somn”.

În a doua sa teorie asupra aparatului psihic („A doua topică”), FREUD înglobează cenzura în apărare și o leagă de Supraeu. Supraeul (așa cum apare el ca o altă instanță, pe lângă Sine și Eu) are funcție de cenzor al Eului ; el își exercită acțiunea sa interdictivă de principiu moral (principiu autoritar prohibitiv) ca instanță morală inconștientă (ca, de pildă, în sentimentele sociale, în mecanismul formării simptomelor nevrotice) ; Supraeul funcționează provocînd sentimentul de culpabilitate. Indiferent de contextul folosirii noțiunii de cenzură, ea acționează în același sens, acela de suprimare sau de deformare a unor fragmente ale discursului său ale manifestărilor subiectului, fragmente reprezentînd conținuturi psihice inacceptabile, reprimabile din punct de vedere al regulilor morale.

228. CEPHALMIN^(M) Japonia — DCI *Tioproperezină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinat fenotiazinic de tip N,N-dimetil-10-/3-(metil-1-piperazinil) propil-/2-fenotiazină sulfonamidă, cu marcate valențe antișihotice și antiemetice, dar cu efecte secundare marcate de tip neuroleptic incisiv, care-i circumscriu utilizarea, fără însă să o contraindica decît în sarcină.

229. CERC (cf. lat. *circus* „cerc”) ● În geometrie, cercul definește o suprafață limitată de o circumferință, o linie curbă închisă. Înainte

de înstituirea acestei definiții, omul a văzut orizontul în formă de cerc, iar așezările tribale erau concepute în formă de cerc în jurul unui totem etc. Înainte de a ști că pământul e rotund, arenele române au fost construite în formă de cerc, astfel încît noțiunea geometrică este extrapolată, acoperind ideea de ceva finit și perfect. În această viziune, grupurile de oameni legați între ei prin interese comune și gravitind în jurul unui punct, sau grupurile de oameni legați între ei prin convingeri comune, obiceiuri, ritualuri, prietenie, au căpătat denumirea de cercuri, pentru că ele se vor perfecte, multe dintre ele fiind „închise” (pătrunderea din afară a unei persoane făcîndu-se cu mare greutate). La celălalt pol al perfecțiunii unei construcții care, deși greșită nu poate fi dărîmată, este cercul vicios, care implică o eroare (de logică, de construcție etc.).

230. CERC VICIOS ● Eroare logică constînd în definirea unei noțiuni (sau demonstrarea



Eshker

unei propoziții) cu ajutorul altei noțiuni (sau propoziții) care trebuie ea însăși demonstrată. Utilizată în argumentare, această eroare logică duce la concluzii la fel de eronate. Situația este cu atît mai frecvent întîlnită, cu

cît noțiunile sînt mai incorect definite și cu cît nivelul de inteligență al subiectului este mai coborît (oligofrenia și demența reprezentînd în acest sens condițiile extreme).

Despre un astfel de cerc vicios se poate vorbi în cadrul anxietății: anxietatea determină prin ea însăși descărcări catecolaminice, ce produc modificări neurovegetative amplificate și întreține astfel anxietatea subiectului. Psihastenul „se învîrte în cercul vicios al arguțiilor, rumațiilor, dubitațiilor”. Construcția delirantă include personalitatea subiectului într-un cerc vicios inexpugnabil, situîndu-l în afara realității.

231. CERCIN^(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

232. CERURILE LUI WEBER ● Metodă utilizată pentru determinarea discriminării tactile, urmărind evidențierea tulburărilor de sensibilitate. Constă în atingerea tegumentului simultan cu cele două ace ale unui compas, mărîndu-se succesiv deschiderea, pînă la obținerea a două senzații distincte. Distanța este diferită în funcție de integritatea inervației zonei respective.

233. CEREB^(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

234. CEREBELOASE — crize (engl. *cerebellar fits*) ● Sub acest nume JACKSON a descris crizele de hipertonie a musculaturii regiunii cervicale posterioare, care determină consecutiv extensia capului, fixarea tonică a globilor oculari spre superior și contractura în extensie a membrelor. Evidențiază de obicei o tumoră de fosă posterioară și sînt expresia compresiei trunchiului cerebral.

235. CEREBELOS^(S) *sindrom* (cf. lat. *cerebellum* „creierul mic”) ● Clinic se caracterizează prin hipotonie musculară uni- sau bilaterală, astazie, ataxie cerebeloasă și tulburări de coordonare: dismetrie, asinergie, adiadocokinezie, tremurături intenționale.

Etiologia este diversă: accidente vasculare, tumori, procese infecțioase, stări toxice, boli degenerative. În raport cu localizarea procesului patogen, se pot întîlni:

- sindromul de arhicerebel — determinat de leziuni ale lobului floculo-nodular și caracterizat prin tulburări mari de echilibru §
- sindromul de paleocerebel — determinat de leziuni ale vermisului anterior și caracterizat clinic prin ataxie §
- sindromul de neocerebel — determinat de leziuni ale emisferelor cerebeloase și ale pedunculilor cerebeloși, caracterizat clinic prin tulburări de coordonare, mai ales la membrele superioare.

Prezintă importanță în diagnosticul diferențial al astazoabaziei și a altor tulburări isterice.

236. **CEREBRAL** — tip (cf. lat. *cerebrum* „creier”) ● Psihotip descris pentru prima dată de CLAUDE SIGAUD și MAC AULLIFFE, echivalent cu tipul nervos al lui Hipocrat sau cu leptosomul din tipologia kretschmeriană.

237. **CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ** (cf. lat. *cerebrum* ; gr. *astheneia* „lipsă de energie, slăbiciune”) — sin. SINDROM SUBIECTIV COMUN (PIERRE MARIE) ● Sindrom neurastenic de intensitate mai mare (comparativ cu semnele neurologice minore), descris pentru prima dată de P. MARIE în 1916 ; este întâlnit în 50—80% din traumatismele craniene. Cefaleea este simptomul cel mai frecvent, fiind localizată la nivelul cicatricii posttraumatice sau difuză, fiind exagerată de mișcările capului, de suprasolicitările fizice și psihice. Urmează, ca frecvență insomnia, coșmarurile și somnolența diurnă. Vertijul apare la mișcări bruște ale capului. Astenia fizică și psihică constituie, de asemenea, simptome foarte frecvente. Se mai pot întâlni hiperemotivitate și iritabilitate. Simptomele neurologice sînt discrete : hiperreflectivitate osteotendinoasă, tremurături, tulburări de sensibilitate de echilibru, trismus, pareze de nervi cranieni, hipersinapticotonie. Electroencefalograma înregistrează anomalii doar în 30% din cazuri : dezorganizarea ritmurilor de bază, unde delta difuze sau în focar, paroxisme fără semnificație gravă. Accentuarea în timp a anomaliilor bioelectrice poate anticipa apariția comițialității posttraumatice. Pneumoencefalografia poate pune în evidență zone de atrofie cerebrală discretă.

Evoluția cerebrasteniei este spre remisiune integrală în câteva luni. Patogenia este determinată de leziuni neuronale, vasculare, perturbări ale circulației lichidului cefalo-rahidian și ale circulației sanguine cerebrale.

Sindromul ridică uneori probleme medico-legale și de asistență socială, mai ales în cadrul personalităților revendicative.

238. **CEREBRO-** (cf. lat. *cerebrum*) ● Element de compunere care introduce în termeni, referirea la creier.

239. **CEREBROANGIOSCLEROZĂ** (cf. *cerebro-* ; gr. *angeion* „vas” ; *skleros* „dur”) ● Termen puțin utilizat în prezent ; în tratatele clasice desemna scleroza vaselor cerebrale, urmare de obicei a arteriosclerozei cerebrale.

240. **CEREBROL**^(M) Franța — DCI *Malaminol* ● Psihostimulent, derivat dimetil amino- etanol (DMAE) de tip β-dimetilaminoetil-alcool, cu acțiunea și indicațiile grupării deanol → PSIHOSTIMULENTE.

241. **CEREBROMALACIE** (cf. *cerebro-* § gr. *malakia* „moliciune, slăbiciune”) → ^{sin.} RAMOLISMENT CEREBRAL.

242. **CEREBRORAGIE** (cf. *cerebro-* § gr. *rhage* „ruptură”) → ^{sin.} HEMORAGIE CEREBRALĂ.

243. **CEREBROSCLEROZĂ** (cf. *cerebro-* § gr. *skleros*) ● Termen utilizat pentru a desemna scleroza parenchimului cerebral cu etiologii vasculare, inflamatorii sau degenerative. La finele secolului al XIX-lea reprezenta un diagnostic care îngloba în primul rînd demențele ; în timp, delimitarea nozologică etiologică a condus la abandonarea sa, avînd un cadru prea larg și apărînd și unii termeni mai bine circumscriși.

244. **CEREBROSTIMULINĂ** (cf. *cerebro-* § lat. *stimulare*) ● Este o ergonă (substanță activă de tipul hormonilor, vitaminelor și enzimelor) cu efect neuroexcitator care s-ar găsi în lichidul cefalorahidian (GH. T. POPA) ; această ipoteză nu a fost însă confirmată pînă în prezent.

245. **CEREBROTONIE** (cf. *cerebro-* § gr. *tonos* „tensiune”) ● Caracteristică temperamentală, evidențiată de psihologul american W. SHELDON, definind dominația inhibitorilor și a vigilenței în comportamentul de relație ; este echivalentă cu tipul cerebral descris de C. SIGAUD, corespondentul psihologic al tipului actomorfic. Tipul cerebrotonic se caracterizează prin prevalența activității simbolico-expressive (scrieri literare, creații artistice în general) în dauna activității concrete-productive, prin rețineri și inhibiții în comportament, introversie, tuburări neuroasteniforme (astenie, insomnia, parestezii etc.).

246. **CEREBROZIDOZĂ** — sin. LIPIDOZĂ ^{sin.} CU CEREBROZIDE → GAUCHER^(B) boală

247. CEREULARD^(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

248. CEREUT^(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

249. CEREMONIAL (cf. lat. *caeremonia* „ceremonie religioasă, cu”) ● Activitate care presupune respectarea anumitor reguli de desfășurare a unei ceremonii; își are originea în practicile vechilor civilizații care se desfășurau în jurul totemului și erau adresate forțelor supranaturale în scop securizant pentru tribul respectiv.

În psihopatologie, ceremonialul presupune efectuarea strictă a unor acțiuni și repetarea lor de un anumit număr de ori, un adevărat ritual menit să determine diminuarea tensiunii anxioase, frecvent înțilnită la personalități psihastenice, prin îndepărtarea de obiectul fobogen sau evitarea trecerii la act, în cazul impulsivităților obsesive din nevroza obsesivă.

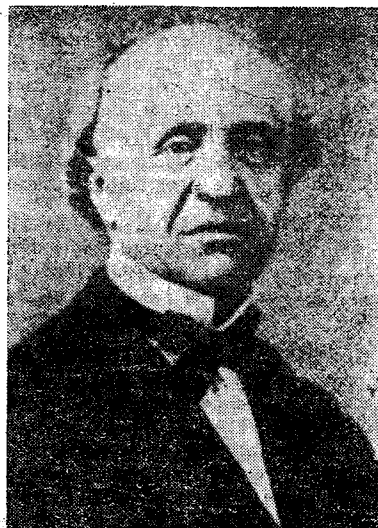
250. CEREPAX^(M) Argentina — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

251. CERESI Laurent-Alexis ● Medic francez, interesat de suportul psihomoral, căruia îi dedică multe din lucrările sale și a rămas important pentru psihiatrie prin publicarea primului „Tratat de igienă și educație psihică”, în 1842, unde se ridică problema psihoprofilaxiei și, ceea ce merită o notă deosebită, modul în care subiectul poate să contribuie la acest deziderat.

252. CEREVIN^(M) Finlanda — DCI *Flufenazină* ● Năuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip năuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

253. CERLETTI — metodă → ELECTROȘOC sin.
→ TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ.

254. CERLETTI Ugo (1877—1963) ● Psihiatru italian, elev al lui PIERRE MARIE și DUPRÉ, la Paris și al lui KRAEPELIN și ALZHEIMER, la Heidelberg și München. Se impune prin două descoperiri în domenii total diferite :



Laurent Ceresi

combinezonul alb de camuflaj al trupelor alpine (1919) și electroșocul (1938).

Impresionat negativ de inconveniente șocului cu cardiazol al lui MEDUNA (violența crizelor convulsivante, inconstanța declanșărilor, intensitatea anxietății care precedă instalarea crizelor etc., cu efecte defavorabile asupra psihismului subiectului), încearcă să găsească un procedeu care să poată înlocui această metodă.

Ideea de a studia efectele curentului electric asupra activității cerebrale, îi apare în urma observațiilor făcute asupra efectelor determinate de același procedeu la animalele sacrificate într-un abator din Roma. Studiind acest fenomen, el ajunge la concluzia că nu electrocutarea în sine ucide animalul, ci faza comatoasă secundară crizei convulsive, folosită pentru a înjunghia fără dificultate porcii care erau încă vii. El își îndreaptă cercetările asupra stabilirii parametrilor optimi pe care trebuie să-i aibă curentul electric aplicat în scopul obținerii unei crize de tip comițial, cu cât mai puțini factori de risc. În acest sens, el stabilește că este necesar un curent de 125 V aplicat câteva

zecimi de secundă. CERLETTI și BINI aplică pentru prima dată, în 1938, terapia electroconvulsivantă unui schizofren, obținând rezultate spectaculoase, fără efecte secundare redutabile. Actul de naștere al electroterapiei este astfel semnat și, din acest moment, electroșocul va înlocui treptat șocul cu cardiazol, ocupînd un loc important mai ales în terapia depresiei, pînă în momentul descoperirii antidepressivelor, dar chiar și după aceea.

255. CERSON^(M) Jugoslavia — DCI Nitrazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

256. CERTITUDINE (fr. *certitude* ? cf. lat. *certus* „sigur”) ● Stare psihică de siguranță, determinată de o judecată sau apreciere considerată adevărată. După LALANDE (1960), această judecată se poate evidenția prin ea însăși, în cazul certitudinii imediate sau poate fi o judecată demonstrată sau considerată ca atare, în cazul certitudinii mediate. Același autor recomandă ca certitudinea să nu fie interpretată în sensul convingerii sau credinței, termenii care sînt mai puțin preciși, cu un domeniu nu prea bine definit și care se pot substitui unui altuia, în funcție de context. Certitudinea morală este considerată de LALANDE drept o stare de spirit determinată de un obiect, fenomen sau eveniment, care, fără a fi sigur în sensul riguros al cuvîntului, prezintă o atît de mare probabilitate, încît nu ar fi potrivit să fie considerat fals. Se pot atribui mai multe nuanțe acestei noțiuni:

- certitudine empirică — bazată pe repeatabilitatea unor percepții ?
- certitudine intuitivă — bazată pe impresia de certitudine ?
- certitudine teoretică — întemeiată pe caracterul apodictic al demonstrațiilor raționale.

În toate cele trei accepțiuni, certitudinea are un caracter relativ, deoarece, în primul caz, veridicitatea impresiilor senzoriale suportă dubla limitare a constituției filogenetice a organelor de simț și a acuității senzoriale individuale ? în cazul certitudinii intuitive, sîntem obligați să nu pierdem din vedere că orice intuiție este însoțită de impresia de certitudine și, în același timp, puține certitudini sînt intuitive ? certitudinea teoretică depinde de sistemul logico-matematic în ale cărei structuri semantice și sintactice se înscrie.

În patologia psihiatrică certitudinea este prezentă sub toate nuanțele: empirică în

psihogenii, intuitivă în psihoze delirante de tip schizofren, teoretică în psihoze delirante neschizofrenice (paranoia, parafrenia). Sub aspectul tonalității/intensității putem consemna existența a doi poli. Personalității psihastenice îi este caracteristică absența certitudinii, dubitațiile nesfîrșite, nesiguranța de sine lipsind-o de satisfacția „posesiunii” adevărului. La polul opus se află paranoiacul care, cu aroganța și autohiperevaluarea care îl caracterizează nu are nici un moment de îndoială asupra certitudinilor sale.

257. CERVOXAN^(M) Belgia — DCI Deanol ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) ? este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și cu valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative ? are acțiune proconvulsivantă.

258. CESTAN-CHENAIS^(S) sindrom ● Variantă mai puțin conturată a sindromului Babinski-Nageotte, caracterizată prin paralizia homolaterală a vîlului palatin și a corzilor vocale inferioare, atingerea simpaticului vegetativ și hemiplegie atenuată. Este întîlnită în stadiile finale ale demenței vasculare și posibilă în demența Pick.

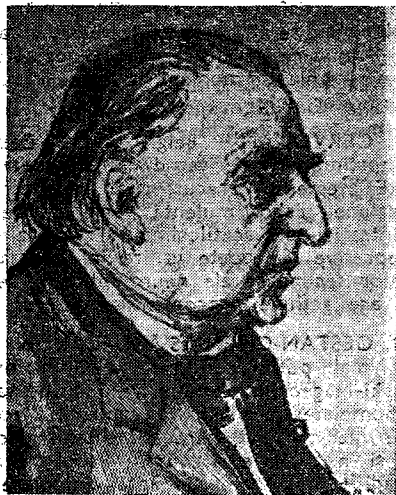
259. CEVANOL^(M) Anglia — DCI Benactiz înă ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilamino-etilbenzilol, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anti-colinergice, centrale și periferice. De reținut acțiunea sa proconvulsivantă, cit și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

260. CHADDOK^(S) semn ● Indiciu care pune în evidență leziunea fasciculusului piramidal, fiind o variantă a clasicului semn Babinski ? realizează extensia halucelui prin excitarea zonei perimaleolare externe a aceluiași membru inferior.

261. CHAMPIONYL^(M) Italia — DCI Sulpiridă ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil-/5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii), fiind util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice ? ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertije, în special de tip Ménière. Are efecte secundare comune neurolepticelor incisive, pentru doze mari. Se poate administra fără pauză de

14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se admistrează în manie și epilepsie.

262. **CHARCOT Jean-Martin (1825—1893)**
 ● Anatomopatolog și neurolog francez și s-a preocupat de psihiatrie și s-a dorit psihiatru, vis



Jean Martin Charcot

pe care însă nu și l-a îndeplinit, în ciuda prețului plătit: o semiologie neurologică, corelată anatomopatologic, cum nimeni nu mai reușise până la el, care a dominat neurologia secolului. Profesor de anatomie patologică, din 1872, succedându-i lui VULPIAN, profesor de boli mintale, din 1882 (catedră special creată pentru el), academician, din 1883, autor al unui tratat în care apar câteva capitole de referință: „Scleroza laterală amiotrofică” (numită ulterior boala Charcot), scleroza în plăci, neuropatia tabetică, localizări medulare. Aventura psihiatrică a lui CHARCOT a început în 1878, când în cadrul unei reorganizări a localului de la Salpêtrière, în secție au fost aduși bolnavi comițiali și bolnavi isterici care împrumutau simptomatologia primilor. Pentru CHARCOT această a constituit un imbold de investigație, dar formația de neurolog îl va împinge pe o cale greșită: cea a studierii isteriei din punct de vedere descriptiv, neurologic. Neputând găsi elementele organice ale isteriei, pe care o considera ca afecțiune neurologică și nu psihiatrică, încercând să găsească un suport organic pentru fiecare semn care, odată identificat, se dovedea a aparține altor máladii, a realizat prima semiologie neuro-

logică. Descrierea fazelor „marelui atac isteric” a avut un ecou deosebit în rândurile multor psihiatri, pe care spectacularul reproducerii acestor faze i-a cucerit, convertindu-i în discipoli inflăcărați ai lui CHARCOT. Despre aceste faze, CHARCOT afirmă că sînt valabile „pentru toate timpurile, pentru toate țările și pentru toate rasele”. Din păcate însă, atît CHARCOT, cît și discipolii lui nu vedeau decît „ceea ce voiau să vadă”; acesta este motivul pentru care teoriile sale nu i-au supraviețuit, fiind infirmate de realitatea clinică.

În 1852, CHARCOT începe o fainoasă dispută cu BERNHEIM, dispută al cărei punct de plecare a fost lucrarea susținută de primul la Academia de Științe, „Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotiseur chez les hysteriques”.

Dincolo de caracterul spectaculos al afirmațiilor și metodelor sale, dispărute odată cu el, CHARCOT are meritul de a fi acreditat definitiv ideea existenței isteriei și la bărbat, a existenței unor manifestări isterice post-traumatice. Prin prestigiul său, a atras și concentrat atenția specialiștilor asupra isteriei, această „mare nevroză sau mică dramă” și activitatea sa de mentor i-a fost deosebit de utilă lui FREUD. În cele cîteva luni pe care acesta le-a petrecut în clinica sa din Paris. Tot CHARCOT este cel care l-a ajutat pe elevul său Pierre JANET să creeze un laborator de psihologie experimentală, și tot lui îi „datorăm și iritarea lui BABINSKI, al cărei rezultat a fost definirea „nevrologiei”.

263. **CHARCOT-MARIE-TOOTH^(B) (boală*)**
 — sin. AMIOTROFIE NEURALĂ ? AMIOTROFIE PROGRESIVĂ DE TIP PERONIER ? ATROFIE MÚSCULARĂ PROGRESIVĂ ? ATROFIE NEUROTICĂ PROGRESIVĂ ● Boală eredo-degenerativă, legată de cromozomul Y, făcînd parte din grupul degenerescențelor spino-cerebeloase, este determinată de leziuni degenerative la nivelul coarnelor anterioare ale măduvei cervicale și lombare, al celulelor coaloanei Clarke din cordoanele posterioare, asociate cu leziuni superficiale ale căilor piramidale și spinocerebeloase. Debutul se situează între 10—25 de ani, producîndu-se lent, cu apariția senzației de slăbiciune la nivelul membrelor inferioare, ca urmare a scăderii obiective în volum a masei musculare a gambei care, progresînd, conduce la aspectul de picior scobit. Amiotrofia se întinde pînă

* Charcot Jean-Martin (1825—1893); Marie Pierre (1853—1940); Toth Howard-Henry (1856—1926).

da nivelul treimii inferioare a coapsei. Mersul este stepat. La nivelul membrului superior, amiotrofiile apar progresiv, dinspre extremități evoluând către cot, pe care uneori îl pot depăși. Sint asociate cu tulburări de sensibilitate de tip polinevritic, tulburări vegetative (edeme, cianoză, hipersudorație, pseudo-sclerodermie), insuficiență gonadică, acromegalie, eunucoidism.

Tulburările psihice care apar, pe lângă cele reactive la handicapul fizic, constau în stări depresive, susceptibilitate, hiperemotivitate, iritabilitate, irascibilitate, interpretativitate.

264. CHARCOT-VULPIAN^(B) boală —
sin. SCLEROZĂ DISEMINATĂ ; SCLEROZĂ
ÎN PLĂCI ; SCLEROZĂ MULTIPLĂ →
LEUCONEVRAXITĂ^{sin.}

265. CHARCOT^S simptom • Cefaleea constrictivă, „în cască”, înfilită, în general, în nevroză depresive. A fost descrisă de CHARCOT (casque Charcot), ca element tipic al neurasteiniei, dar astăzi nimeni nu o mai leagă de numele acestuia.

266. CHARDON^(B) boală — sin. ACRODINIE ; BOALĂ ROZĂ ; BOALĂ SELTER-SWIFT-FERR ; ERITEM POLINEUROPATIC ; TROFODERMATONEUROZĂ →
ERITEM AUSTRALIAN^{sin.}

267. CHARLESWORT Edward-Parker (1783—1853) • Își leagă numele de umanizarea azilelor și spitalelor de psihiatrie din Anglia ; poate fi considerat drept „un PINEL” al Marii Britanii.

268. CHARUGI Vincenzo (1759—1820) • Între 1793—1794 scrie un tratat de psihiatrie, în care încearcă să coreleze semnele clinice ale afecțiunilor mintale, cu cele anatomopatologice, ajungând la concluzia că „nebulia se datorează unui dezechilibru existent între diverse porțiuni ale centrilor nervoși, dezechilibru datorat leziunilor anatomice”. Prin această concepție, el se apropie de cea a contemporanului său, F. GALL. Adept al limitării conțenției, a fost împotriva folosirii forței, încurajând menținerea în activitate continuă a bolnavilor psihici și cerind înzestrarea azilelor cu medici.

269. CHASLIN Philippe (1857—1923) • Deși matematica este prima sa vocație, în 1887 își susține teza de inspirație psihanalitică „Du rôle du rêve dans l'évolution du délire”. Prezent atât la Bicêtre, cit și la Salpêtrière,

în perioada lor de glorie, lasă psihiatriei, după 20 de ani de muncă (1882—1912), o celebră semiologie, care timp de 30 de ani va fi o lucrare de referință pentru școala franceză. Elementul cel mai important al moște-



Philippe Chaslin

nirii sale îl reprezintă însă lansarea, în 1912, a termenului de psihoză discordantă („la folie discordante”) pentru a-l înlocui pe cel de demență precoce, cu sublinierea că această noțiune ar corespunde intrutotul conceptului lui BLEULER de schizofrenie, celui al lui STRANSKY de ataxie intrapsihică și celui al lui URSTEIN de dizarmonie întrepsihică. În același timp, a stăruit asupra manifestării discordanței pe diferite planuri ale psihismului.

270. CHASLIN^S semn — sin. CATAFAZIE ; LITANIE DECLAMATORIE (CHASLIN
sin.
→ VERBIGERAȚIE.

271. „CHEESE EFFECT” (efectul brânză)
• Unul dintre inconvenientele utilizării produselor IMAO l-a reprezentat și interdicția consumului de produse alimentare care conțin tiramină. În prezent, produsele IMAO-selective nu mai prezintă „cheese-efectul” și nu mai necesită respectarea unor regimuri alimentare speciale în timpul tratamentului → ANTI-DEPRESIVE, IMAO.

272. CHEILO- (cf. gr. *cheilos* „buză”) ● Element de compunere care introduce în termeni referirea la buză.

273. CHEILOFAGIE (cf. *cheilo-* și *phagein* „a mânca”) ● Mișcare a buzelor care apare ca tip de nevroză motorie sau ca manifestare a unei instabilități sau labilități psihoafective.

274. CHEIMOFOBIE^(F) (cf. gr. *cheimon* „vreme rea, iarnă” și *phobos* „frică”) — sin. PSICROFOBIE^(F) → CRIFOBIE^(F).

275. CHEIRO- (cf. gr. *cheir* „mână”) ● Element de compunere care introduce în termeni referirea la mână.

276. CHEIROFOBIE^(F) (cf. *cheiro-* și gr. *phobos*) — sin. GRAFOFOBIE^(F) ● Teamă maladivă, exagerată și, în același timp, nejustificată, de a scrie. Deși nu mai este atât de frecventă în clinica de psihiatrie ca la sfârșitul secolului trecut, poate fi semnalată atât în unele nevroze (obsesivo-fobice), cât și în schizofrenie. Se poate rezuma doar la semnătură sau poate afecta orice fel de activitate grafică.

277. CHEMDIAZINE^(M) Grecia — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

278. CHEMDIPOXIDE^(M) Canada — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

279. CHEMFLURAZINE^(M) Canada — DCI Trifluoperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperinizat, de tip 10-β-(4-metil-1-piperazinil)-propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată, dar cu acțiune sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenergice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

280. CHEMORECEPTORI/CHEMORECEPTIE (cf. gr. *chimio-* și lat. *recipere* „a primi”) ● Structuri nervoase, stimulate de modificări ale compoziției chimice a mediului intern sau extern. Modalitatea senzorială de acțiune a acestei categorii de receptori se numește chemorecepție.

În funcție de localizarea lor, chemoreceptorii pot fi exteroceptivi (mugurii gustativi, celulele mucoasei olfactive) sau interoceptivi (situați la nivelul organelor interne, unde sesizează modificări ale homeostaziei mediului intern). Chemoreceptorii mediului intern pot fi, la rîndul lor, centrali sau periferici, ambele categorii avînd un rol deosebit de important în reglarea funcției respiratorii, a funcțiilor digestive, a aportului alimentar și hidric, a unor comportamente instinctuale. Modificările patologice ale chemorecepției etero- sau interoceptive pot fi integrate modificărilor patologice ale percepției, în general (iluzii, halucinații).

281. CHENO- (cf. gr. *kenos* „gol”) ● Element de compunere cu ajutorul căruia se realizează sensul de gol.

282. CHENOFOBIE^(F) (cf. *cheno-* și gr. *phobos* „frică”) ● Teamă de încăperi goale.

283. CHEROFOBIE^(F) (cf. gr. *chairein* „a se bucura, a fi vesel; *phobos*) ● Fobia de veselie, de bună dispoziție. Apare la structuri rigide de personalitate, decompensări psihastenice, depresie. Nu este o fobie în adevăratul sens al cuvîntului, termenul exprimînd, prin extensie, teama de o situație socială în contradicție cu starea afectivă a subiectului. Considerente etico-morale sau religioase pot sta la baza apariției acestei frici.

284. CHEROMANIE (cf. gr. *chairein* și *mania* „nebulie”) — sin. AMENOMANIE și HAIROMANIE → HABROMANIE.

285. CHESTIONAR (fr. *questionnaire*) ● Metodă standardizată sau nu, de culegere a unor informații despre un eveniment, persoană sau grup de persoane, care nu pot fi obținute pe altă cale, apărută din necesitatea unor investigații sociale sau în scop diagnostic. Chestionarul este alcătuit din întrebări prezentate în scris subiectului, la care acesta trebuie să răspundă într-un anumit fel, dinainte precizat. Chestionarele au fost întocmite și folosite sporadic, încă din secolul trecut și au dobîndit o utilizare sistematică, pe scară largă, odată cu elaborarea de către WOODWORTH, în 1917, a „Inventarului de tendințe psihonevrotice”, în

scopul depistării militarilor, americani care prezentau tendințe nevrotice. În construcția chestionarelor, este necesară respectarea mai multor etape : circumscrierea domeniului de utilizare sau a temei care urmează să fie abordată, elaborarea întrebărilor, aplicarea preliminară în scopul obținerii unor date statistice referitoare la validitate, fidelitate și finețea discriminatorie etalonarea, elaborarea instrucțiunilor de aplicare și interpretare. Întrebările care compun chestionarul trebuie să fie limitate numeric la strictul necesar, să fie scurte și simple, să nu comporte ambiguități, să fie specifice și exprimate într-un limbaj accesibil. Numărul mare al chestionarelor și varietatea lor au determinat necesitatea unor clasificări :

- după modul de răspuns, se disting chestionare compuse din întrebări la care se răspunde dicotomic, prin da/nu, adevărat/fals etc. și chestionarele cu răspunsuri libere și cu alegere forțată, în care dintre mai multe posibilități se alege una ;
- după numărul trăsăturilor evaluate sau al temelor abordate, se disting chestionare unidimensionale și multidimensionale ;
- după modul de aplicare : chestionare administrate sau autoadministrate (prin poștă, telefon, publicate în ziare și reviste de popularizare) ;
- după domeniul de aplicare — clasificarea cea mai larg folosită și, în același timp, cea mai utilă — distingem chestionare psihologice (și psihopatologice), care măsoară diferite trăsături de personalitate sau dimensiuni psihopatologice, chestionare de interese și chestionare de opinii și atitudini. După modalitatea de validare, pot fi : cu validare empirică (MMPI), cu validare factorială (EYSENCK și CATTELL) și cu validare implicită, adică alcătuite conform unei anumite concepții sau teorii.

Unul dintre neajunsurile chestionarelor este posibilitatea subiectului de a falsifica răspunsurile. Falsificarea se poate produce astfel, încât autorul ei, în funcție de scopul urmărit, să apară într-o lumină socială favorabilă sau dimpotrivă, nefavorabilă. Unele cercetări efectuate asupra chestionarelor au ajuns la concluzia că falsificarea răspunsurilor în sensul formării unei impresii favorabile se poate datora nu numai unui scop imediat (selecția profesională), ci și unei caracteristici interne, identificate, pînă la urmă, cu o trăsătură de personalitate : dezirabilitatea socială. Pentru înlăturarea inconvenientelor datorate falsificării s-au elaborat în-

trebări speciale, constituite în așa-numitele scale de minciună (MMPI, chestionarul Eysenck, Inventarul Psihologic California etc.).

286. CHEYNE George (1675—1743) ● Medic englez, autor al unei lucrări „The English Malady” (1733) sau „Tratat despre bolile nervoase de toate felurile, de la spleen la depresia isterică și hipocondriacă”, care spune mult nu numai prin titlul ei, ci și prin conținut, întrucît cuprinde citeva afirmații ciudate pentru începutul secolului al XIII-lea, dar interesante pentru noi, astăzi, privind cauzele nevrozei : „abundența de bunuri, supraalimentația, sedentarismul, lipsa de ideal și suprapopularea urbană”.

287. CHEYNE^(B) boală ● Nume vechi (1733) al tulburărilor hipocondriace → HIPOCONDRIE.

288. CHICLIDA^(M) Spania — DCI Meclozină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metil-benzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează, în special, în asocieră cu NL incisive.

289. CHIMOREPTIN^(M) Japonia — DCI Imipramină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5- β -(dimetil-amino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzind depresia endogenă și permite și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existind riscul recăderilor (în nevroze, minimum 3 luni și în psihoze, 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRI^(M).

290. CHIMIOREZISTENȚĂ (cf. chimio- și gr. rezistare „a opune rezistență”) ● Termenul se referă, în genere, la rezistența microbiană sau parazită față de antibiotice sau chimioterapice și la rezistența la chimioterapie a celulelor neoplazice. Sensul său trebuie diferențiat de absența răspunsului pozitiv la chimioterapie, situație întilnită uneori în practica medicală; de exemplu psihozele depresive, care nu răspund la anumite ortotimizante.

291. CHIMIOȘOC (cf. chimio- și engl. shock „lovitură, coliziune”) — sin. ȘOC CHIMIC ● Reprezintă o metodă terapeutică biologică specială a unor afecțiuni psihice, prin administrarea unor doze mari de substanțe cu efecte necomatogene, de creștere a potențialului de apărare al organismului (piretoterapia, mala-

rioterapia), fie comatogene (acetilcolină, amfetamină, cardiazol, indoklon, insulină etc.).

Piretoterația constă în provocarea unor ascensiuni febrile prin mijloace artificiale (injecții intramusculare cu substanțe, zise piretogene sau injecții intravenoase de vaccinuri antimicrobiene).

Malarioterapia (paludoterapia, impaludarea) introdusă în anul 1917 de W. von JAUREG în terapia sifilisului nervos, constă în inocularea parazitului malariei, în vederea obținerii de temperaturi înalte. Acetilcolina a fost utilizată în injecții intravenoase în tratamentul schizofreniei, de către FLAMBERTI (1937).

„Șocul amfetaminic”, produs prin administrarea intravenoasă a unor doze de 20—30mg de substanță, a fost preconizat de J. DELAY în scop diagnostic pentru a provoca exteriorizarea unor „reticente” schizofrenice sau pentru a „sparge” blocajele isterice.

În anul 1933 MEDUNA (din Budapesta), bazându-se pe ipoteza (dovedită falsă) a antagonismului dintre epilepsie și schizofrenie, a utilizat cardiazol 10%, 3—4 ml intravenos sau camfor intramuscular, pentru a obține accese epileptice. KARLINER și PADULA, au întrebuințat în același scop Fluorotidul (indoklon).

Aceste metode speciale de tratament al bolilor psihice, au fost în majoritate abandonate în foarte multe țări, unele dintre ele (piretoterația, malarioterapia) cunoscând o restrângere din ce în ce mai mare a indicațiilor.

Insulinoțerația (MANFRED SAKEL, Viena, 1932) care constă în producerea de stări de șoc hipoglicemic prin injecții cu insulină, rămâne o metodă terapeutică încă de un real folos (deși mai puțin indicată) în psihiatrie (schizofreniile incipiente, confuzia mentală trenantă, stări depresive atipice, unele deliruri cronice).

292. CHIMIOTERAPIE (cf. *chimio-* și *gr. therapia* „îngrijire”) ● Înscrisă în grupa largă a terapiei biologice, chimioterapia psihiatrică a devenit, grație progreselor realizate de cercetarea științifică și dezvoltarea tehnologică, structura de rezistență a terapiei psihiatrice și o componentă de perspectivă pentru psihiatria viitorului. „Revoluția chimioterapeutică”, începută odată cu apariția neurolepticilor, a schimbat nu numai prognosticul și evoluția bolilor psihice, ci însuși modul de a gândi asupra acestora. Acționând predominant asupra activității și tulburărilor de conștiință (mai mult decât asupra activității motrice — GINESTET, PIÉRON, MAGNAN), chimioterapia introduce o nouă dimensiune în relația medic-pacient alături de cealaltă alternativă majoră, psihoterapia. Modernizarea medicației psihotrope im-

pune, pentru folosirea armei chimioterapice, o cunoaștere complexă nu numai a eficacității fiecărui produs în parte, ci și a efectelor sale secundare și nedorite, pentru combaterea cărora se apelează la o medicație complementară.

Clasificarea consacrată a produselor chimioterapice le grupează în : psiholeptice (sedative), psihoanaleptice (stimulatoare), psihodisleptice (perturbatoare), psihoizoleptice (stabilizatoare ale activității psihice) și ea nu trebuie privită însă ca statică și definitivă, deoarece ultimii ani au adus în atenție substanțe cu efect bi- sau chiar multifactorial.

Folosirea chimioterapiei conform rigorilor impuse de orice terapie psihiatrică necesită competență, disponibilitate afectivă, flexibilitate, optimism prudent, tehnicitate, capacitate decizională și ea oferă psihiatrului un câmp de acțiune nelimitat și o redutabilă forță. Inscricția de pe templul lui Apollo „Meden agon” (fără excese) rămâne condiția reușitei.

293. CHIMIOTROPISM (cf. *chimio-* și *gr. tropos* „direcție, manieră, mod”) ● Tropism pozitiv sau negativ (atracție sau repulsie), declanșat de agenți chimici. Organismul care suferă influența substanței chimice prezintă o reacție de orientare și de deplasare. Dacă reacția de atracție semnifică tendința de orientare în sensul excitației maxime suportabile și este un tropism adevărat, reacția repulsivă indică tendința organismului de a se sustrage excitației și este mai degrabă o „patie”, cu caracter evident adaptativ. Autorii moderni consideră o mare parte a comportamentelor subordonate chimiotropismului ca fiind afiliate instinctelor. Astfel, feromonii joacă, în lumea animală, un rol determinant în satisfacerea instinctului sexual, prin atragerea partenerului (tropism pozitiv), dar concurent și în același scop, pot fi secretele substanțe chimice cu menirea de a îndepărta rivalii de același sex. În aceste condiții, tropisme cu polarități opuse concurează la realizarea unui scop comun, satisfacerea unei necesități instinctuale. În general, se subliniază importanța deosebită a tropismelor pentru ființele vii mai puțin înaintate pe scara evolutivă, dar exemplul feromonilor și descrierea la om a unor substanțe care ar juca rol asemănător, relevă aspecte mai complexe ale chimiotropismului.

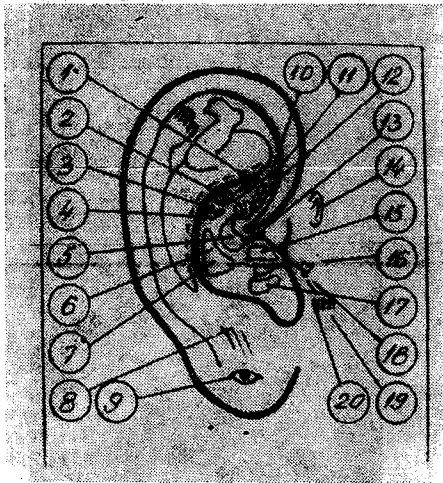
În acest sens, androstenolul ar fi un posibil feromon uman. Este secretat de glandele sudoripare apocrine axilare ale bărbatului, are o structură chimică asemănătoare testostero-

nului și un miros apropiat moscului și lemnului de santal. A fost demonstrat efectul atractiv al substanței asupra femeilor și efectul repulsiv pentru bărbați.

294. **CHINANTROPIE** (cf. gr. *kyon* „ciine” și *anthropos* „om”) — sin. **CYNANTROPIE** ● Delir de metamorfozare, asemănător licanthropiei, constind în convingerea bolnavului că se poate transforma (sau că poate transforma pe altcineva) în ciine. Se întâlnește în schizofrenie (forma hebefrenică). Mai puțin frecvent ca licanthropia, poate apărea ca superstiție la unele populații primitive.

295. **CHINESTEZIE** (cf. gr. *kinein* „a mișca” și *aisthesis* „senzație”) ● Perceperea normală de către subiect a mișcării, în ansamblu; sau a mișcării unui segment al propriului corp și perturbarea ei orientează către toxicomanii și sevraj de diverse etiologii (în primul rând, alcoolism), intoxicații medicamentoase și patologia involuției.

296. **CHINEZĂ** — concepție asupra bolilor psihice ● Pentru medicina clasică chineză, bolile psihice nu sînt decît reflexul prăstei funcționări a cinci organe (inimă, ficat, splină, rinichi,



Repartizarea punctelor auriculare

plămîni) și deci boala psihică este întotdeauna secundară unei afecțiuni organice. Elementele fundamentale (cu localizarea lor) au următoarele calități psihice: focul — inima, reprezintă veselia și excitația și pămîntul — splina, reprezintă lumina intelectuală, grijiile și metalul — plămîniul, reprezintă tristețea și plînsul și apa —

rinichiul, reprezintă frica și anxietatea și lemnul — ficatul, reprezintă furia și iritabilitatea.

După cele două cicluri fundamentale, KŌ și TCHENG, fenomenele psihopatologice ar avea următorul determinism: focul topește metalul = excitația combate tristețea și pămîntul absoarbe apa = grijiile combat frica și metalul rupe lemnul = tristețea combate frica și apa stinge focul = frica combate excitația și lemnul sărăcește pămîntul = furia combate rumațiile și pămîntul favorizează metalul = necazurile conduc la tristețe și apa favorizează lemnul = frica conduce la furie etc. Din această greu acceptabilă simbolică, rezultă o serie de demersuri practice (care nu sînt deloc de neglijat; chiar dacă se bazează pe imbinarea unor date cu aparență ezoterică). Ne referim, în primul rînd, la punctele specifice din acupunctură, care sînt alese conform celor cinci psihisme de bază: chenn (inteligenta), pro (viața instinctivă), i (imaginația), tche (voința de acțiune), rul (conștiința).

● Tonifierea sau dispersia punctelor de pe meridienele organelor guvernatoare ar determina dispariția simptomelor, în această ciudată sindromologie.

297. **CHINOFOBIE**^(F) (cf. gr. *kyon* și *phobos*) ● Formă de fobie, definind frica patologică, de ciine, nejustificată și nemotivată de o experiență



negativă anterioară. Am putea-o considera o fobie cantitativă, căci nu este deloc patologic să te sperii de anumiți ciini (necunoscuți, agitați, agresivi, cărora li s-a încălcat teritoriul etc.) și capătă notă de patologic dacă acest sentiment este „din principiu” și dacă obiectul

frii nu justifică atitudinea subiectului. În general, nu are o semnificație patologică atunci când este singurul tip de fobie și intensitatea manifestărilor nu depășește o anumită limită. Este mai frecvent întâlnită la femei și poate fi interpretată ca o manifestare a imaturității, isteriei, a dorinței de a atrage atenția → FOBIE.

298. CHINTESENȚĂ (cf. lat. *quinta essentia* „a cincea esență”) ● Calitate a eterului, considerat în cosmologia elină și indiană drept al cincilea și cel mai subtil element din alcătuirea substanțială a cosmosului. Prin generalizare, termenul a ajuns să se refere la esența cea mai profundă a unei realități, la statutul ultim în care poate fi descompusă rațional substanța, la ceea ce îi dă temei și inteligibilitate.

În psihopatologie, pierderea chintesenței este elementul princeps în alterarea intelectului.

299. CHIONOFOBIE^(P) (cf. gr. *chionoo* „a acoperi de zăpadă” : *phobos*) ● Teamă nu numai nejustificată dar și puerilă, de fulgii de zăpadă — extrem de rar întâlnită în practică. Poate fi considerată o situație tipică pentru a demonstra caracterul irațional al fobiilor, deoarece lipsa de pericolozitate a fulgilor de zăpadă este consacrată în expresii curente („ușor ca un fulg de nea”).

300. CHIPRIDOFOBIE^(S) (cf. gr. *kypris* „dragoste” și *phobos*) ● Teama patologică, în ciuda absenței unei experiențe nefavorabile anterioare, de îmbolnăvire cu o boală venerică. Este întâlnită în nevrozile obsesive, fobice, isterice, la personalitățile psihastenice, în schizofrenie și demențe. Fără a necesita un spirit clinic fin, reclamă doar atenție în a o diferenția de ideile delirante ale subiectului pe tema bolilor venerice → DELIR, FOBIE.

301. CHIRO- (cf. gr. *cheir* „mână”) ● Element de compunere referitor la mână (ca și CHEIRO-).

302. CHIROLOGIE (cf. *chiro-* și gr. *logos* „cuvânt, discurs”) ● Doctrină care susține și caută să dovedească existența unor legături între mână, trăsăturile de temperament și caracter. Corelații între mână și unele aspecte fiziologice, morfologice și caracteriale ale omului, au fost făcute, încă din antichitate, de către PLATON, ANAXAGORAS și ARISTOTEL. HIPOCRATE însuși presupune o relație între mână și plămîn (GATIEN, 1974). Studiile lui CH. WOLFF în acest domeniu impun o adevărată linie de demarcație între chiologie și chiro-

manția ocultistă. În anul 1952, autorul a căutat, prin analize comparative sistematice efectuate pe mii de subiecți, să stabilească corelații între mină și boală, mină și constituția fizică, mină și temperament. El a luat în considerare forma mîinii (elementară, motorie și senzitivă), degetele, unghiile și liniile palmei (tenară, superioară transversă, inferioară transversă etc.). Prin măsurătorile și observațiile efectuate, WOLFF ajunge la concluzia că există unele corelații și de exemplu, mina senzitivă lungă este cel mai frecvent întâlnită la schizofreni. La normali acest tip de mină indică singurătate, rezervă în relațiile sociale, labilitate emoțională, reacții neașteptate la manifestările afective ale altora, atracție față de lumea spirituală etc. Evident este un punct de vedere neconfirmat și de alte cercetări, pînă în prezent.

303. CHIROMANIE (cf. *chiro-* și *mania* „nebu-nie”) ● Formă de masturbare patologică la bărbați (se admite o masturbare normală la copil, adolescent, adultul aflat în situații care-l



Michelangelo

frustrează de parteneră), caracterizată printr-o frecvență exagerată a acestei activități. Apare fie atunci când prin actul masturbator nu se obține satisfacția sexuală, fie ca o exagerare a unei dorințe inconștiente a subiectului de a preveni apariția dorinței (punct de vedere psihanalitic). În această a doua situație, chiro-

mania se manifestă ca activitate sexuală care, paradoxal, tinde să suprimă de fapt dorința și activitatea sexuală normală.

304. CRIROMANȚIE (cf. *chiro-* și *manteia* „facultate de a prezice, divinație”) ● Tehnică divinatorie bazată pe aspectele particulare ale mîinii (contur, consistență, culoare, forma degetelor, a unghiilor, a anumitor zone din palmă, linii și figuri geometrice înscrise în palmă etc.).

Spre deosebire de chiromologie care se prezintă ca o pretinsă știință experimentală, chiromanția, ca artă de ghicire a viitorului în semnele criptice ale mîinii, își acceptă statutul de meșteșug ezoteric și ocult, mizînd pe credulitatea spiritelor robite de obscurantism.

305. CHIRURGIE CARDIACĂ ȘI PSIHIA-TRIE (cf. gr. *cheirurgia* „activitate manuală” și *cheir* „mîină”; *ergon* „acțiune, muncă”) ● Cu excepția neurochirurgiei, chirurgia cordului este specialitatea chirurgicală care interferă cu psihiatria în modul cel mai important.

Apariția unor tulburări de intensitate psihotică sau a unor stări confuzionale a fost pusă pe seama modificărilor biologice și hemodinamice, legate de circulația extracorporală. Totuși, unii autori ca BLANCHER, consideră că există o vasiconstanță „psihoză ascunsă a chirurgiei cardiace”, pe care pacienții o disimulează. Această negație a fricii, „lipsa de griji” față de operație și riscurile sale, după JANIS, sînt factori de risc în apariția tulburărilor postoperatorii. BIODJEKIAN, MOREAU și COTREAUX au semnalat apariția unor stări de agitație și deliruri paranoide postoperatorii, la un procent variînd între 1—7 din operați. Autorii români ANGHELUȚĂ și NICAUDANGIU, raportează apariția delirului postcardiotomic în 13—25% din cazuri, cifră care este, în condițiile operatorii moderne, destul de ridicată.

Ca și pentru alte transplanturi, și în cazul transplantului cardiac au fost semnalate psihoze postoperatorii, în care intervenția factorului psihogen este notabilă.

306. CHIRURGIE ÎN PSIHIATRIE ● Ideea de a folosi chirurgia în scopul ameliorării unor suferințe psihice nu este deloc nouă, dacă vom aminti numai craniul purtînd urme de trepanație găsit pe teritoriul țării noastre, din neolitic. Introdusă în clinică în deceniul al patrulea, într-o epocă de avînt terapeutic (terapia electroconvulsivantă, șocurile insulinate), sub numele sofisticat de psihochirurgie (pe care nu îl putem accepta). Chirurgia psihia-

trică se bucură în anii 1940—1950 de o vogă deosebită, de fapt slab justificată însă, atît sub aspect teoretic, cît și sub aspectul rezultatelor terapeutice. Observațiile timpurii ale lui FERRIER privind scăderea agresivității maimuțelor după extirparea celei mai mari părți a lobilor frontali sînt urmate de încercările și eșecurile de extrapolare în clinica umană ale lui BURCHAUDT (1890) și PUSSEPP (1910). Comunicările lui JACOBSEN privind modificarea comportamentului specific „nevrozei experimentale”, la cimpanzeii cărora li s-a extirpat bilateral suprafețele frontale de asociație, îi îndeamnă totuși pe Egas MONIZ și Almeida LIMA să aplice metoda într-o serie de cazuri, la psihotici, începînd cu anul 1937. Rezultatele au fost mai încurajatoare în depresile agitate și mult mai slabe în schizofreniile cronice. După valul de lobo- și leucotomii din perioada 1942—1954, restrîngerea numărului de operații devine dovada cea mai sigură a eșecului încontestabil al simbiozei chirurgie-psihiatrie.

Lipsa de eficiență nu este însă singura cauză a restrîngerii metodei. La aceasta se adaugă: — efectele secundare importante (epilepsia, stările psihopatoide, deteriorarea globală, modificările nedorite ale personalității), frecvente — la circa 2/3 din cazuri și — apariția medicației neuroleptice și antidepressive, care a modificat complet perspectiva terapeutică, precum și evoluția și prognosticul bolilor psihice grave și — schimbarea de optică în ceea ce privește sistemul azilar, care-și găsea adesea în psihochirurgie un aliat de nădejde.

Cu toată „pierderea de viteză”, metoda nu este complet discreditată și nici abandonată. Răspunsul pe care încearcă să-l ofere se înscrie, pe de o parte, pe coordonatele unor indicații ultraselective, iar pe de altă parte, ține cont de îmbunătățirea tehnicilor (propriu-zise), adevărate exerciții de virtuozitate. În ceea ce privește primul obiectiv, el ar fi orientat fie spre vindecarea extenuării accentuate și prelungite pe care anumite afecțiuni psihice o produc, fie spre diminuarea agresivității comportamentale. Insuficienta delimitare a acestui concept a fost, de fapt, și unul dintre capetele de acuzare împotriva psihochirurgiei. Fără a intra în detalii, vom enumera o serie de tehnici puse la punct în ultimă vreme: tractomia subcaudată, leucotomia limbică, leuco-coagularea multifocală frontală, lobectomia temporală, hipotalamotomia, amigdalotomie etc. Deși multiple și „specifice”, aceste tehnici, după cum arată în studii foarte recente (MITCHELL-HEGGS, MALL, STORM-OLSEN, CARLISLE, GORTEPTE și alții), nu duc la rezultate concludente, ba mai mult, nici măcar încurajatoare și „această

soluție terapeutică rămâne mai mult o opțiune logică decât una eficientă", limitându-se la acele cazuri în care a fost epuizat întregul arsenal terapeutic, ca o ultimă strategie în încercarea de a ameliora starea bolnavului. Deși încununată cu un generos premiu Nobel (E. DE MONIZ, 1949), asocierea chirurgiei cu psihiatria s-a dovedit doar o scinteie de speranță, care nu s-a materializat. Amintim însă o serie de intervenții chirurgicale care au avut un rol important în psihiatria organică: extirparea formațiunilor tumorale, decompresivitatea ventriculară, epilepsia temporală prin scleroză etc. Toate acestea arată în modul cel mai limpede că, deși se poate vorbi de chirurgie în psihiatrie, „psihochirurgia: rămâne de domeniul probabilului și poate al viitorului”.

307. **CHITAMNIE** (cf. gr. *kytos* „recipient” și *amnion* „membrană care învelește feteșul”) ● Termen propus de H. BARUK (1965), pentru a desemna o psihoterapie morală, bazată pe o autentică dragoste pentru bolnav, în care principiul armoniei psihic-somatic să fie completat cu acela al unității inteligență-instincte și individ-societate. Această psihoterapie ar trebui, în viziunea autorului, să depășească limitele individuale, ținând cont de factori ecologici și sociali și trecând peste interesele contrarii ale indivizilor, să contribuie la realizarea unei științe a păcii. Termenul, ca și metoda, nu s-a impus.

308. **CHLEMAZIN^(M)**, **CHLOMAZIN^(M)** Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor; industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN^(M)**.

309. **CHLOMEDINON^(M)** Japonia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahydro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-one-1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat și indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

310. **CHLORACTIL^(M)** Anglia și **CHLORAZIN^(M)** Elveția ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic. → **CLORDELAZIN^(M)** România.

311. **CHLORBAMATE^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipi-

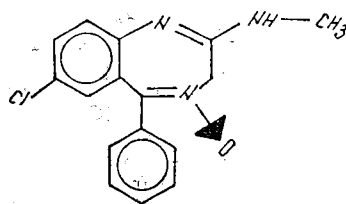
zate, cu aceeași acțiune, care se completează :

● **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic

● **HYDROXYZIN^(M)** — tranchilizant, derivat difenilmetanic. Acțiune anxiolitic-sedativă.

312. **CHLORDIAZACHEL^(M)** S.U.A. → **CHLORDIAZEPOXIDE^(DCI)**.

313. **CHLORDIAZEPOXIDE^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, introdus în terapeutică de către CHARRIS și RANDALL, în 1960. Acțiunea sa este anxiolitică, sedativă, miorelaxantă și, discutabil, anticonvulsivantă. Nu are nici o acțiune antipsihotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă, ca și în restul nevrozelor, boli psihosomatice, manifestări hipocondriace, și ca adjuvant în tratamentul endogeniilor. Nu se asociază cu IMAO. Efectele



secundare sînt minime, bucurîndu-se de o bună toleranță, ceea ce-l face utilizabil pentru toate vîrstele. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**. Constituie principîul activ a peste 100 de produși farmaceutici, dintre care menționăm :

LIBRIUM^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia, Italia, Iugoslavia, R.F.G., Olanda, S.U.A., Suedia, Turcia și

CALMODEN^(M)	Anglia
CIRCE^(M)	Iugoslavia
DIZEPIN^(M)	Bulgaria
ELENIUM^(M)	Polonia
FARGEN^(M)	Grecia
LIBRITABS^(M)	S.U.A.
MULTUM^(M)	R.F.G.
RADEPUR^(M)	R.D.G.
RELIUM^(M)	Canada

SEREN^(M) Italia;
 SERVIUM^(M) Israel;
 TRAKSIN^(M) Turcia

314. **CHLORMEZANON^(M)** Bulgaria — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiclitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahydro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă-1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat; indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

315. **CHLORPERNAZINUM^(M)** Polonia — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **EMETIRAL^(M)**.

316. **CHLOROPHEN^(M)** S.U.A. → **CHLORPHENTERMINE^(DCI)**.

317. **CHLORPHENTERMINE^(DCI)** ● Derivat feniletilaminat, de tip p-clor-α α-dimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă; indicat în astenie marcată, diminuarea activității intelectuale, în presenilitate, sevrage diverse, obezitate secundară curei NL. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici:

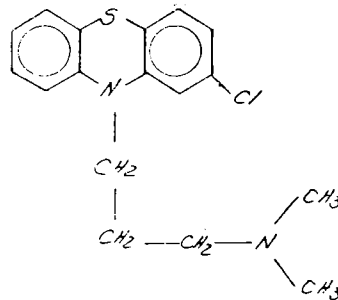
ANOREX ^(M)	Franta
APSEDON ^(M)	Spania
AVICOL ^(M)	R.F.G.
AVIPRON ^(M)	Polonia
CHLOROPHEN ^(M)	S.U.A.
DESOPIMON ^(M)	Ungaria
LUCOFEN ^(M)	Canada
LUCOFEN RETARD ^(M)	Canada
LOCOFENE ^(M)	Franta
PRE-SATE ^(M)	S.U.A.
TERAMINE ^(M)	S.U.A.

318. **CHLORPROMADOS^(M)** R.F.G.;
CHLORPROMANYL^(M) Canada;
CHLORPROMAZIN^(M) Iugoslavia —

DCI *Chlorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potentează acțiunea anesteziecilor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN^(M)**.

319. **CHLORPROMAZINE^(DCI)** ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină), de tip 2-clor-10/3-dimetilaminopropil/fenotiazină, cu acțiune neuroleptică sedativă. Este primul neuroleptic,

introdus în terapie, în 1952, de către LABORIT și DENIKER. Este considerat drept neuroleptic sedativ standard, prin el realizându-se comparația cu restul neurolepticelor, atât sub aspectul eficienței, cât și al efectelor secundare. Are



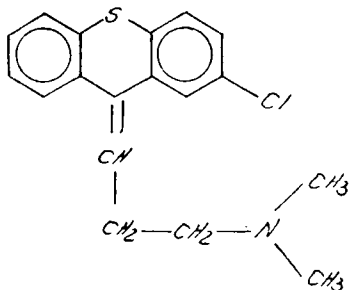
indicații numeroase și efecte secundare moderate → **CLORDELAZIN^(M)** România. Prezintă două contraindicații majore: intoxicația acută alcoolică și depresia sub orice formă și intensitate. Are durată de acțiune de 6 ore, element neglijat, de obicei, în practică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN^(M)**. Constituie principiul activ a peste 100 de produși farmaceutici, din peste 80 de țări:

LARGACTIL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Iugoslavia, Portugalia, Olanda, Spania, Turcia
AMINAZIN ^(M)	U.R.S.S.
BISCASIL ^(M)	Grecia
FENACTIL ^(M)	Polonia
HIBERNAL ^(M)	Ungaria
KLORAZINE ^(M)	S.U.A.
MEGAPHEN ^(M)	R.F.G.
PRAZIL ^(M)	Danemarca
PROMACTIL ^(M)	Spania
PROPAPHENIN ^(M)	R.D.G.
TRANQUIL ^(M)	Franța

320. **CHLORPROM-EZ-ETS^(M)** Canada → **CLORDELAZIN^(M)** România.

321. **CHLORPROTHIXEN^(M)** Cehoslovacia → **CHLORPROTHIXENE^(DCI)**.

322. **CHLORPROTHIXENE**^(DCI) ● Derivat tioxantenic, de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantena- Δ^9 - γ -propilamină, cu acțiune neuroleptică polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolică, și cu valențe antide-



presive. Indicat în stări de agitație cu anxietate, delirium tremens și psihoze reactive, decompensări ale personalităților dizarmonice și în depresii agitate. Efectele secundare sînt mai moderate, comparativ cu alte tioxantenele, în general. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CHLORPROTHIXEN ^(M)	Cehoslovacia
CHLOTHIXEN ^(M)	Japonia
CLOXAN ^(M)	Finlanda
MINITHIXEN ^(M)	Cehoslovacia
PAXYL ^(M)	Israel
QUILIBREX ^(M)	Italia
TARACTAN ^(M)	R.F.G.
TARASAN ^(M)	Canada
TRAQUILAN ^(M)	Japonia
TRACTYLON ^(M)	Finlanda
TRUXAL ^(M)	Iugoslavia
TRUXALETA ^(M)	Spania
TRUXALETTEN ^(M)	Grecia
TRUXALETTER ^(M)	Finlanda
TRUXIL ^(M)	Spania

323. **CHLOTHIXEN**^(M) Japonia → **CHLORPROTHIXENE**^(DCI).

324. **CHLORTRAN**^(M) Anglia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON**^(M).

325. **CHLORZINE**^(M) S.U.A. ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ^{sin.} → **CLORDELAZIN**^(M) România.

326. **CHLOR-PZ**^(M) S.U.A. — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziilor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN**^(M).

327. **CHRISTIAN Jules** (1840—1907) ● Psihiatru francez, inițiatorul ideii internării perpetue a alienaților criminali. Principala sa lucrare: „Idei de grandoare la cei cu idei de persecuție”, a fost publicată în 1891.

328. **CHRONOTARAXIS** (cf. gr. *chronos* „timp”; *taraxis* „agitație, tulburare”) ● Tulburare de orientare temporală, constînd în incapacitatea de identificare a datelor și de apreciere a duratei timpului scurs. Întilnită în sindromul confuzional, intoxicații acute, toxicomanii și în demențe.

329. **CHRYTEMIN**^(M) Japonia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5- β -(dimetilamino)-propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă; este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent: 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroză — minimum 3 luni, în psihoze — 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRIN**^(M).

330. **CHVOSTEK** * semn — sin. **FACIAS** * semn; **SCHULTZE** * semn **WEISS** * semn ● Descriș de medicul austriac Franz **CHVOSTEK**, în anul 1878. Constă în contracția homeolaterală a mușchiiului orbicular al buzelor, ridicător al aripii nasului și orbicular al pleoapelor, provocată de percuția ramurei temporo-faciale a nervului facial, la mijlocul distanței dintre antetragus și comisura bucală.

În funcție de răspunsul reflex, se deosebesc trei tipuri:

- **CHVOSTEK I** — contracția tuturor mușchilor inervați de nervul facial;
- **CHVOSTEK II** — contracția mușchilor orbiculari și a ridicătorului aripii nasului;
- **CHVOSTEK III** — numai contracția orbicularilor buzelor.

• Semnul apare în stări de excitabilitate neurovegetativă crescută asociate cu hipocalcemia (tetania paratiropivă, spasmodic). Valoarea practică a acestui semn a început să fie contestată în ultimul timp, deoarece lipsește în unele tetanii sigure și se întâlnește în 10% din cazuri la persoane care nu au tetanie. Semnul mai poate fi întâlnit și în crizele: diskinetice acute consecutive tratamentului prea energetic cu neuroleptice.

331. **CIANATIL^(M)** Franța — DCI *Ciamemazină* • Neuroleptic sedativ fenotiazinic, de tip 10-β-(dimetilamino)-2-metilpropil/fenotiazină-2-carbonitril, cu acțiune sedativ-anxiolitică, indicat în reacții și psihogenii; efecte secundare modeste.

332. **CIANO-** (cf. gr. *kyanos* „albastru”) • Element de compunere cu referire la culoarea albastră.

333. **CIANOZA EXTREMITĂȚILOR** (cf. *ciano-*; fr. *cyanose*) • Simptom făcând parte din tabloul clinic al tulburărilor vasomotorii și trofice din schizofrenie. DIDÉ, ASSICOT, BARUK au descris diferite forme ale acestei tulburări. Circulația, care pare normală în clinostatism, se modifică în ortostatism, provocând răciră extremităților (CLAUDE). În timpul iernii, acești bolnavi (GUIRAUD) sînt supuși într-o măsură mai mare pericolului de degerare.

334. **CIATYL^(M)** Grecia, R.F.G. — DCI *Cloperitoxol* • Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-β-(2-clortioxanten-9-iliden)propil/1-piperazinatanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4-5 ori CLORPROMAZINEI, cu valențe antiemetice și spasmolitice; acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectelor secundare de tip incisiv li se adaugă și hipotensiunea.

335. **CIBALITH-S^(M)** S.U.A. — DCI *Litium citrat* • Timozoleptic — sare de litiu, avînd performanțe comparabile cu ale produsului CARBONAT DE LITIU^(M) România → LITIU (săruri).

336. **CIBERNETICĂ** (cf. gr. *kybernan* „a conduce”) • Termen creat de AMPÈRE, cu sensul de „artă de a guverna”; astăzi denușește o disciplină științifică de sinteză, care are drept obiect de studiu funcționarea sistemelor cu capacitate de autoreglare, caracterizîndu-se prin relații de comandă și control. Mai exact spus, cibernetică studiază proporțiile și legitățile generale ale proceselor de reglare, prelu-

crare și utilizare a informației în cadrul așa-numitelor sisteme dinamice complexe, oricare ar fi natura acestora (biologice, sociale, tehnice). Prin definiție, un sistem dinamic întrunește calitățile unui sistem cibernetic numai dacă poate realiza cel puțin o singură conexiune inversă (feed-back). De la descrierea acestui mecanism a plecat în 1948 Norbert WIENER care, asimilînd teoria lui C. CANNON privind informația, pune bazele ciberneticii, în sensul de „artă și știință a comenzii în toate domeniile în care această noțiune este aplicată”. În lumina acestei concepții, sistemele cibernetică emit; recepționează, memorizează și prelucrează informația, care în prealabil este codificată în semnale. În cursul dezvoltării sale, cibernetică s-a diferențiat în cibernetică teoretică și cibernetică aplicată (la diferite tipuri de sisteme complexe). Cibernetică teoretică este fundamentată pe teoria sistemelor, teoria informației, teoria reglării, teoria automatelor, teoria jocurilor, teoria algoritmilor, teoria deciziei, teoria programării. Cibernetică aplicată se constituie ca disciplină metateoretică pentru diferite ramuri de activitate:

- cibernetică matematică cuprinde aparate matematic necesar teoriei sistemelor cibernetică (teoria informației, teoria algoritmilor, logica matematicii, calculul probabilităților etc.)
- cibernetică tehnică are în vedere problemele mecanismului mașinilor cibernetică, cele mai importante și mai complexe fiind calculatoarele electronice
- biocibernetică studiază fiziologia celulară și animală
- neurocibernetică studiază activitatea nervoasă (homeostatul lui Ashby, creierul electronic reprezintă modele cibernetică)
- psihocibernetică este cibernetică comportamentului.

Cibernetică medicală studiază „modul în care organismul uman reușește să recepționeze, să transmită și să prelucreze, cu ajutorul organelor sale, informația necesară desfășurării proceselor de reglare și de autoreglare, prin intermediul cărora să-și poată păstra stabilitatea”. Și în psihiatrie se întîlnesc teorii psihocibernetică (MERLOO): utilizarea teoriei comunicării în psihoterapia aplicată unor psihoze și în terapiile familiale și teoriile învățării și condiționării în terapiile comportamentale și în tehnicile de relaxare.

Însăși abordarea psihicului din punct de vedere psihocibernetic constituie în sine o metodă de cunoaștere, realizînd un mod mai simplu, mai inteligibil, față de o complexitate extremă a psihismului.

337. **CIBERNETICĂ BIOLOGICĂ** ^{sin.} → **BIO-CIBERNETICĂ**.

338. **CIBERNOZE** (cf. gr. *kybernan* „a conduce”) ● Termen introdus de J. A. MERLOO (1971) pentru a defini tulburările senescenței, ulterior preluat și lărgit, prin includerea în grupul cibernelozelor a tuturor bolilor considerate a fi rezultatul tulburării mecanismelor de reglare cibernetică. În timp ce bolile organice interesează structura mecanismelor de reglare, adică centrul de comandă, traductorul sau organele de execuție, bolile funcționale interesează mai ales funcția de reglare. Modificările infrastructurale din bolile funcționale interesează fie emisia, transmiterea și recepționarea, fie pețurarea informațiilor necesare procesului de reglare. Pe lângă factorii substanțiali, energetici, asupra organismului uman acționează și factori predominant informaționali. Uneori însă informațiile primite pot devia procesele de reglare pe căi neadecvate, cibernelozele desemnând tocmai aceste boli în care procesele de reglare sînt tulburate, blocate sau deviate pe alte căi. În accepțiunea acestui mod de interpretare, boala psihică, în toate variantele sale, poate fi privită ca o ciberneloză, în care informația cea mai complexă suferă distorsiuni la diferite nivele de integrare, încă insuficient precizate.

339. **CIBOFOBIE**^(P) (cf. lat. *cibus* „hrană”; gr. *phobos* „frică”) ● Frica patologică de hrană. Apare în nevroza fobică dar și în delirul hipochondriac, nevroza isterică și alte stări delirante.

340. **CICLO-** (cf. gr. *kyklos* „cerc”) ● Element de compunere care introduce în termeni sensul de rotund sau periodicitate.

341. **CICLOBARBITAL**^(M) România — DCI *Cyclobarbitalum*; medicație sedativ-hipnotică → **BARBITURICE**.

342. **CICLODINIE** (cf. *ciclo-*; gr. *dinos* „învîrtire, vârtej”) → **SINTONIE**.

343. **CICLODOLUM**^(M) U.R.S.S. — DCI *Trihexifenidilum*; medicație antiparkinsoniană ^{sin.} → **ROMPARKIN**^(M) România.

344. **CICLOFRENIE** (cf. *ciclo-*; gr. *phren* „inimă, spirit, rațiune”) ● Termen conceput pentru a defini o afecțiune cu un dublu caracter: periodicitatea și reversibilitatea. Este rar utilizat; QBREGIA îl folosea pentru psihoze afective (schizofrenie), dipsomanie și episoade confuzionale repetate. Mai târziu BRÂNZEI a

incercat să-l revitalizeze, fără succes însă (deși conform definiției ar putea delimita destul de bine unele psihoze afective).

345. **CICLOID-CICLOIDIE** (cf. *ciclo-*; gr. *eidos* „formă”) ● Tip de dizarmonie a personalității, avînd o evoluție plană fără pusee ceea ce o deosebește de psihoza maniaco-depresivă și ciclotimie. Termenul, definit în acest sens de KAHN, K. SCHNEIDER și GUREVICI, cu pornire de la tipologiile kretschmeriene, nu a reușit să se impună, învingînd în această dispuță termenul de timopatie → **SINTONIE**.

346. **CICLOSTENIE** (cf. *ciclo-*; gr. *sthenos* „forță”) ● Termen introdus de P. ABELY (1948), pentru a defini o tulburare a steniei cu caracter alternant (hiper/hipostenie). Nu este utilizat în prezent.

347. **CICLOTIM** — tip de personalitate (cf. ciclotimie) — ^{sin.} **PICNIC** ● După tipologia lui E. KRETSCHMER (1930) se caracterizează fizic prin: statură medie, față largă, gît scurt și masiv, piept slab și bombat, pînțe gras. Din punct de vedere psihic prezintă instabilitate emotivă, lipsă de voință, sociabilitate, simț practic, tendință spre comoditate. Faza intermediară a tipului ciclotimic este faza de cicloidie. Incidența psihiatrică este constituită de psihoza maniaco-depresivă.

348. **CICLOTIMIE** (cf. *ciclo-*; gr. *thymos* „spirit”) ● Termen introdus de KAHLBAUM (1882) pentru a defini o formă ușoară a psihozei maniaco-depresive. În prezent această semnificație nu mai este împărtășită, considerîndu-se că ciclotimia nu atinge intensitatea și nu îndeplinește criteriile unui episod afectiv major. Între stările de excitație, euforie și stările depressive există perioada de acalmie, fapt care diferențiază ciclotimia de o structurare dizarmonică de tip afectiv a personalității. Termenul este legat de noțiunea de „constituție”, biotip în sensul stabilit de KRETSCHMER în tipologia sa; el consideră că ciclotimul, corespunzînd somatic tipului picnic, ar avea predispoziție pentru psihoza maniaco-depresivă, fapt necconfirmat de stadii epidemiologice, dar care a căpătat în timp un caracter de dogmă. Ca descriere clinică în perioadele de excitație (care nu este atît de dezordonată și improductivă ca cea din manie), subiectul este euforic, activ, întreprinzător, spiritual, neobosit, fără să simtă nevoia de somn, capabil de o activitate rodnică, dar fără performanțe superioare, cu posibile excese etilice și sexuale. Fără pauză aparentă, această stare dispăre și este înlocuită imediat sau după un interval printr-o fază de

depresie, în care subiectul devine trist, descumbrat, incapabil de efort, resemnat, cu randamentul scăzut de muncă — de altfel epuizat și deci, într-un fel, compensator în raport cu perioada anterioară. KRAEPELIN înțelegea prin acest termen o psihoză maniaco-depresivă atenuată. Alți autori (GANNUSKIN, KRETSCHMER) includ ciclomotia constituțiilor psihopatice. Pentru viitor însă, problema definirii acestui termen rămâne deschisă.

349. **CIDIFOS**^(M) Italia — DCI *Citicolină* ● **CIDILIN**^(M) Italia Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colinacitidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

350. **CILINDRAX** (cf. gr. *kylindrōs* „cilindru” și *axōn* „axă”) — sin. NEURIT → AXON.

351. **CINCOFARM**^(M) Spania — DCI *Oxtrip-tan* ● Antidepresiv timoleptic, cu o structură chimică particulară, de tip (-)-5-hidroxi-L-triptofan, un precursor al serotoninei, care se presupune a fi scăzută în depresii. Indicat în depresii endogene, involutive, mascate; este util în combaterea efectelor secundare L-dopa. Are certe valențe sedativ-hipnotice (în special insomnia de readormire); nu se administrează concomitent cu IMAO.

352. **CINEMATOGRAFICE**^(M) *halucinații* (cf. gr. *kinema* „mișcare” *graphein* „a scrie”) ● Halucinații vizuale complexe, scenice, cu o dinamică a imaginilor care îi lasă subiectului impresia că urmărește scenele unui vis. Afectivitatea pacientului este aproape totdeauna antrenată spre polul negativ. Se întîlnesc în stări de surmenaj intens, cînd au o durată foarte scurtă, în leziuni ale calotei pedunculilor cerebrali, în stări confuzionale, infecțioase, toxice, în psihoze.

353. **CINISM** (fr. *cynisme*; cf. gr. *kynikos* „de cîine, cinic”) ● Atitudine de sfidare a normelor morale (prin minimalizarea sau nerecunoașterea lor) sau de sancționare cu singe rece a unor idei sau acțiuni ale semenilor, fără a ține seama de sentimentele sau sensibilitățile omenești. Termenul își are originea în doctrina filozofică inițiată în antichitatea greacă de ANTISTHENE, discipolul lui SOCRATE. Cinismul caracterizează frecvent structurile dizarmonice de personalitate, cu predilecție a celor de tip asocial paranoic și schizoid, dar poate fi și expresia simptomatică a unei depresii melancoliforme sau de involuție. Cinicul, care poate fi

o persoană bine dotată intelectual, se poate manifesta variat, fie ca spirit opozant zeflemitor, intolerant, chițibușar, care incită la controverse sau provoacă prin duritate și ironie reacții de apărare din partea celor din jur, fie ca observator lucid, dar nihilist, care înfierează sau sancționează diferite atitudini, fără a oferi însă soluții de ameliorare.

354. **CINNALOID**^(M) Japonia — DCI *Res-cinnasil*^(M) S.U.A. *cinnamină* ● Neuroleptic sedativ alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive; este un marcat hipotensiv.

355. **CIPRODENE**^(M) Portugalia — DCI *Cyprodenat* ● Psihostimulent, derivat DMAE, de tip 2-(dimetilamino)etil ciclohexan propionat, precursor al colinei și acetilcolinei, cu acțiune centrală, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, boli psihosomatice, depresii ușoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor și anticonvulsivantelor. Nu se administrează în epilepsie singur, ci numai cu anticonvulsivante (pentru combaterea efectelor secundare).

356. **CIRCE**^(M) Venezuela — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPO-TON^(M).

357. **CIRCULARĂ** — *nebunie* (cf. lat. *circularis*) ● Termen folosit pentru a desemna stări patologice încadrate astăzi în psihoza maniaco-depresivă, propus în 1854 de FALRET („folie circulaire”) cu scopul de a caracteriza succesiunea regulată a stărilor maniacale cu cele depresive, despărțite printr-un interval liber de durată variabilă.

358. **CIRCUMSTANȚIALITATE** (cf. lat. *circumstantia* „împrejurare, situație”) ● Modalitate a comunicării, caracterizată prin formularea unor răspunsuri, explicații sau relații ce excelează prin bogăția detaliilor nesențificative, absența conciziei și relevanței, în funcție de împrejurările concrete în care se află subiectul. Astfel, la persoanele normale, circumstanțialitatea reprezintă o trăsătură distinctă a vîrstelor extreme (în copilărie și în senescență), a sexului feminin (exprimări mai bogate și mai nuanțate, dar mai puțin concise), a unor situații dictate

de statutul profesional și social (profesor, avocat, medic, șef etc.) sau a altor condiții (convoorbire telefonică, consultație medicală, sublinierea voită a unui adevăr, intenția de câștigare a simpatiei, compasiunii și de distragere a atenției interlocutorului etc.).

Particularitățile psihologice ale subiectului joacă un rol important, atît sub raport performanțial (nivel scăzut de instrucție, intelect liminal), cit și sub raportul trăsăturilor de personalitate (introversie/extroversie, emotivitate/nonemotivitate). Anumite stări emoționale puternice (situații anxiogene, de șoc) pot determina accidental și temporar exprimări circumstanțiale, contrare firii subiectului. În psihiatrie, circumstanțialitatea este frecventă, căpătînd valoare de simptom în bolile care afectează capacitatea de sinteză, de asociație și simbolizare. Astfel, schizofrenia realizează o circumstanțialitate (aparentă) în spatele căreia se află procesul disociativ, traducînd ambivalența, detașarea, impenetrabilitatea și bizareria. Ca efect compensator al tulburărilor de memorie și scăderii capacității intelectuale (de care arterioscleroticul este cu durere conștient), circumstanțialitatea este apanajul subiecților cu sindrom psiho-organic (demențe, epilepsie, stări psihopatoide). În psihozele de involuție și delirurile sistematizate cronice, discursul subiectului reflectă o circumstanțialitate „dirijată” în sensul delirului său.

359. **CIRCUMVOLUȚIE** (cf. lat. *circumvolvo* sin. „înfășurat”) → GIRUS.

360. **CIPRONYL**^(M) R.F.G. — DCI *Meprobramat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroză cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatie. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd realiza un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT**^(M).

361. **CISMESTITISM** (cf. lat. *cis* „dincoace”) (cf. gr. *mestōn* „a umple, a acoperi”) → CISMESTITISM.

362. **CISORDINOL**^(M) Danemarca, Olanda, Suedia — DCI *Cloperitoxol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-9-ilidén)propil/

-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4—5 ori CLORPROMAZINEI, cu valențe antiemetice și spasmolitice. Acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă și hipotensiunea.

363. **CISORDINOL DEPOT**^(M) R.F.G. — DCI *Cloperitoxol decanoat* ● Neuroleptic utilizat în tratamentul de lungă durată în ambulatoriu cu aceleași indicații cu ale CISORDINOL STANDARD.

364. **CISTATIONEMIE**^(M) boală (cf. gr. *kystis* „vezică”) ● Afecțiune ereditară descrisă de HARRIS, în 1959, care apare numai la homoziгоți. Clinic, se caracterizează prin întîrziere psihică, tulburări de comportament și malformații congenitale. Aceste manifestări sînt rezultatul unui deficit enzimatic (absența activității cistationazei) cu rol în transformarea cistationinei în cisteină. Afecțiunea trebuie diferențiată de cistationuriile din bolile hepatice, neuroblastom și carența de piridoxină.

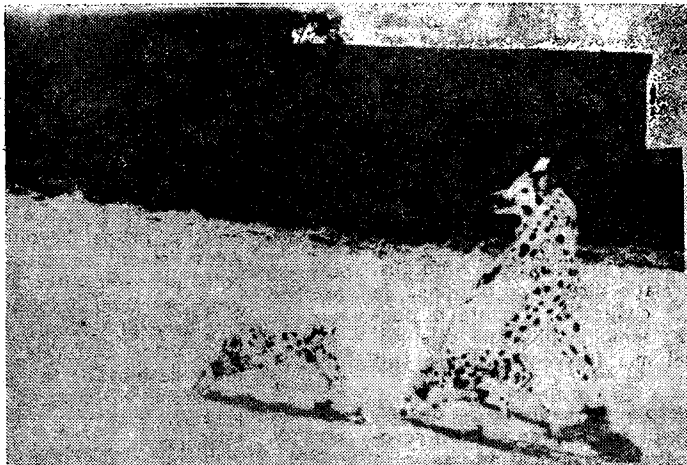
365. **CISVESTITISM** (cf. lat. *cis*; *vestire* „a îmbrăca”) — sin. CISMESTITISM ● Alegerea unei vestimentații în dezacord total cu vîrsta și poziția socială, dar în acord cu sexul, spre deosebire de TRANSESTITISM. Vestimentația nu este dezordonată, ci mai mult rafinată, dar necorespunzătoare, subiectul dorînd să pară altceva, decît ceea ce este. Sub o formă sau alta de tonalitate, se întîlnește mai frecvent la cumpăna dintre vîrste (copil/adolescent, adolescent/adult, adult/bătrîn) și la personalități dizarmonice, în debilitate mentală, patologie preinvolutivă și involutivă, psihoză discordantă. Paradoxal, în ultimele ipostaze valoarea diagnostică este mai mică, chiar dacă tonalitatea și intensitatea manifestării este mai evidentă decît în primul caz, cînd poate reprezenta un element subtil de orientare pentru clinicianul versat. Elementul semiologic nu a căpătat importanța cuvenită în spitale, în primul rînd datorită imposibilității de observare și valorificare „în condiții de comparare a pijamalelor din spital”.

366. **CITATOMANIE** (cf. lat. *citare* a chema, a convoca; gr. *mania* „nebulie”) ● Folosirea abuzivă a citatelor într-o discuție. Trebuie diferențiată de alte două situații patologice: repetarea abuzivă a aceluiași citat, cu sau fără rost, în aceeași discuție sau repetarea de citate fără nici o legătură cu situația (expresia unor perturbări grave), dar și de utilizarea corespunzătoare a citatelor pentru a pigmenta o discuție, cu o frecvență în nici un caz „supărătoare, ceea ce este „mai mult decît normal”.

Citatomania este expresia semidoctismului și a platitudinii intelectuale, grefate pe o personalitate discret histrionică și caracterizează un subiect căruia îi este mai ușor să construiască cu prefabricate decît creativ.

BRASSEL^(M)
CEREB^(M)
CIDILIN^(M)
DIKICON^(M)
EUMETABOL^(M)

Italia
Japonia
Italia
Japonia
Spania



Bryan Van Storrex

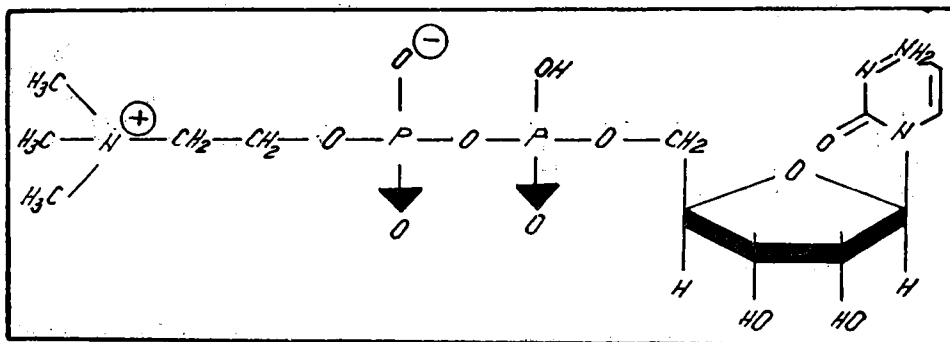
367. CITELLI^(S) sindrom ● Sindrom caracterizat prin întârziere în dezvoltarea psihică, imposibilitatea de a se concentra, insomnie sau somnolență excesivă, care apare la subiecții afectați de o hipertrofie a țesutului limfatic nazofaringian.

LOGAN^(M)
METANEVRON^(M)
NICHOLIN^(M)
REXORT^(M)
SOMAZINA^(M)
STARTONYL^(M)

Italia
Spania
Mexic
Franța
Spania
Grecia

368. CITICOLINE^(DCI) ● Derivat colinic, cu o structură chimică diferită de a psihostimulen-

369. CITODORM^(M) Anglia — DCI Metil-pentinel ● Tranchilizant, derivat alkenic



telor, în general de tip colină-citidină-5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice. Constituie principiul activ pentru un număr ridicat de produși farmaceutici, printre care: AUDES^(M) Japonia.

de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

370. CITOZIS (cf. gr. kytos „celulă”) — sin. ALOTRIOFAGIE și EPITIMIE → PICA.

371. **CITRULINEMIE** ^(B) *boală* ● Afecțiune genetică, rară, cu transmitere recesiv-autosomală, caracterizată clinic prin vărsături, somnolență, convulsii, întîrziere psihică și alcaloză hipokaliemică. Examele de laborator evidențiază hiperцитрулемия, hiperцитрулинорация și citrulinuria. Patogenic, afecțiunea recunoaște un deficit enzimatic al argininsuccinat sintetazei. Prognosticul este rezervat.

372. **CIVILIZAȚIE** (fr. *civilisation*; cf. lat. *civilis* „cetățenesc”) ● Termenul originar desemna atributele cetățeanului, drepturile, îndatoririle și normele sale de conduită în viața publică a cetății. Termenul actual provine din cuvîntul francezesc „civilisation”, creat de raționaliștii secolului al XVIII-lea. Larg utilizat în contexte dintr-unele mai variate și fiind pus, de regulă, în corelație directă cu noțiunea de cultură, termenul civilizație prezintă o poli-semie accentuată; semnificațiile sale cele mai importante și cel mai frecvent utilizate sînt următoarele:

- Stadiu, treaptă de evoluție în dezvoltarea culturii. Animați de spiritul revoluției burgheze și prefațînd pe plan ideologic ascensiunea capitalismului, Voltaire și enciclopediștii definesc civilizația drept stadiu de înflorire și expansiune culturală, ieșirea creativității sociale din starea hibernală a epocilor întunecate (așa cum fusese Evul Mediu feudal), redeschiderea interesului față de cunoaștere; invenție, în contextul unei largi difuzări și a intensificării schimbului de valori culturale. Două secole mai tîrziu, pe fundalul unui climat de criză spirituală a societății capitaliste, O. SPENGLER definește civilizația în termeni opuși, drept fază de descompunere a culturii, stadiul ei final de evoluție, în care creativitatea spirituală se sleiește, atînsă de scleroză și senilitate, cristalizîndu-se în reproducerea mimetică și lipsită de suflet a unor modele golite de sens și trivializare prin transformarea valorilor culturale în bînurii de consum.
- Stadiu de evoluție a societății care succede sălbăticiiei și barbariei, definit de către L. H. MORGAN și F. ENGELS printr-o serie de atribute caracteristice: gradul relativ înalt de dezvoltare a forțelor de producție, datorită cărora societatea își extinde treptat posibilitățile de dominare tehnică a mediului natural, utilizarea scrisului, apariția și dezvoltarea orașelor, instituirea organizării politice a societății. În această accepțiune,

noțiunea de civilizație este mai cuprinzătoare decît noțiunea de cultură, pe care și-o subordonează ca element, cultura denotînd activitatea de creație a valorilor spirituale. Cristalizată pe deplin în societatea clasică greco-romană, civilizația se periodicizează pînă astăzi după criteriul structurii social-economice predominante. Istoriografia occidentală distinge următoarele faze mari din dezvoltarea civilizației:

- civilizația preindustrială (denumită și tradițională), care durează din antichitate și pînă la apariția industriei manufacturiere și apoi a celei mecanice, efect al primei revoluții industriale. Acest stadiu se caracterizează prin rolul precumpănitor al economiei agrare, caracterul sporadic și de mică amploare al schimburilor comerciale și de valori culturale, ritmuri relativ lente de inovație tehnică și culturală, caracterul majoritar al populației rurale etc.;
- civilizația industrială (sau modernă); se bazează pe expansiunea producției industriale mecanizate, care intensifică ritmurile de progres social, schimburile de valori și produsul de urbanizare, transformînd știința și inovația tehnologică în factori esențiali de antrenare a dezvoltării;
- prognozele sociologiei nemarkxiste converg în efortul de definire a civilizațiilor postindustriale, în funcție de coordonatele forțelor de producție create de revoluția științifico-tehnică actuală. Informatizarea, cibernetizarea și robotizarea producției, progresele geneticii, explorarea spațiului cosmic și a oceanului planetar, orizontul fabulos ce se deschide în fața medicinei, pedagogiei, tehnicilor de transport și telecomunicații, ascensiunea metodelor de investigare și conducere științifică a proceselor economice și sociale sînt de natură să modifice, prin amploarea inovațiilor pe care le introduc în ritmuri accelerate, sistemele de gîndire, de muncă și de viață ale umanității. Fără să conteste valabilitatea acestor diferențieri tipologice în dezvoltarea civilizației, istoriografia și sociologia marxistă evidențiază caracterul lor unilateral, întrucît se axează exclusiv pe dinamismul forțelor de producție, ignorînd sau minimalizînd deosebirile esențiale ce decurg în

configurația de ansamblu a societății din transformarea revoluționară a relațiilor de producție.

- Universul artificial creat de oameni prin intermediul tehnicii, totalitatea rezultatelor obiectuale ale activităților materiale prin care o anumită societate umanizează mediul natural. Această accepțiune presupune o disjunctiune între cultură și civilizație, cultura fiind domeniul creației de valori spirituale, în vreme ce sfera civilizației se resfringe la producția materială.
- Filozofia culturii aspiră să depășească neajunsurile acestei disjunctii artificiale între cultură și civilizație, privindu-le ca fațete complementare ale creativității sociale. Civilizația reprezintă cultura materializată și răspîdită în toate interstițiile vieții sociale, nu un adaos decorativ și apanaj exclusiv al elitei, ci o coordonată necesară a reproducției și dezvoltării sistemului social, răsfrîntă în modele acționale ale vieții cotidiene. În această accepțiune, civilizația reprezintă realizarea sub formă de obiectivare a valorilor culturale și integrarea lor cît mai largă și diversificată în viața socială, gradul de civilizație al unei societăți găsindu-și expresia în măsura în care creativitatea ei culturală este convertită în sistemul de cunoștințe, priceperi, nevoi și aspirații ale oamenilor, în eficiența și amploarea difuzării valorilor și bunurilor pînă la transformarea lor în elemente firești ale existenței.

373. CÎMP ● Teorie originală asupra personalității, dezvoltată de K. LEWIN, pornind de la psihologia formei și împrumutînd din fizică conceptul de cîmp electromagnetic. Cîmpul este totalitatea faptelor coexistente concepute ca mutual interdependente. Bazat pe această definiție, LEWIN operează următoarele distincții :

- comportamentul este funcție a cîmpului de fapte fizice (biologice) și psihosociale interdependente care există în momentul dat ; analiza comportamentului începe de la structura de ansamblu prin care se diferențiază părțile ; persoane concrete în situații concrete pot fi reprezentate cu ajutorul topologiei (adică matematic) ;
- noțiune neuropsihiatrică elaborată de MISKIN și reluată de GROSS pentru înțelegerea fenomenului de localizare. O anumită zonă este esențială pentru realizarea unei anume performanțe, iar dis-

trugerea ei antrenează un deficit important în realizarea respectivei performanțe. Distrugerea unei zone învecinate aceleiași regiuni determină un deficit mai ușor și leziuni mai mici, iar cînd „cîmpul” înglobează centrul, rezultă un deficit maxim cu posibilități recuperatorii minime. Organizarea graduală a cîmpului funcțional ca o zonă de importanță critică ar putea fi, după HECAEN, caracteristică localizărilor cerebrale.

374. CÎMP AL CONȘTIINȚEI — modificări

- Focalizarea cîmpului conștiinței asupra unui obiect, acțiuni, amintiri, idei. Cîmpul conștiinței se caracterizează printr-o extraordinară dinamică a întinderii și structurii sale ; ideile sau reprezentările care se află în cîmpul conștiinței pot fi schimbate cu altele, pot fi mai multe sau mai puține, în momente succesive de dimensiuni foarte mici. De asemenea, „calitatea” și intensitatea cu care acestea sînt trăite poate varia în timp foarte rapid (sau foarte lent). Astfel, trăirile dintr-o situație existențială cu puternică încărcătură afectivă sînt mai vii, mai „clar” conturate. În stări de oboseală, în depresie, trăirile pot fi mai șterse, ideile vin mai greu. În stările confuzionale claritatea dispare, toate elementele care apar în cîmpul conștiinței devin estompate, nelegate între ele, structura cîmpului conștiinței dezagregîndu-se. În stări de concentrare pentru o anumită activitate, cîmpul conștiinței conține doar cîteva elemente bine conturate, „clare”, de exemplu cuvintele citite în momentul respectiv, mișcările care trebuie executate, raționamentul care trebuie făcut. Atenția are rolul de a modifica structura și întinderea cîmpului conștiinței în funcție de necesitățile momentului.

Mobilitatea cu care cîmpul conștiinței își schimbă structura poate fi diferită. La copilul mic cîmpul are o mobilitate mare; care scade treptat cu vîrsta, la început cu efecte pozitive asupra activității, pentru ca la vîrsta înaintată mobilitatea să scadă sub nevoile subiectului. În depresie sau în cazul ideilor obsesive, mobilitatea diminuează foarte mult ; în schimb, în manie mobilitatea duce la ineficiența proceselor psihice. Îngustarea cîmpului conștiinței se referă mai ales la scăderea numărului și clarității trăirilor aflate la un moment dat în cîmpul conștiinței fără voința individului. Fenomenul se întîlnește în depresie, surmenaj, hipnoză.

Focalizarea cîmpului conștiinței este un termen care se referă la o stare asemănătoare cu cea descrisă anterior, dar care se produce voluntar, în urma concentrării atenției asupra unor idei, imagini, amintiri.

375. CÎMP PSIHOLIC ● Ansamblul fenomenelor psihice conștiente și inconștiente în interacțiune cu evenimentele din mediu, într-o anumită unitate de timp. Cu această accepție, noțiunea de cîmp psihologic a fost introdusă de K. LEWIN în teoria sa asupra personalității, potrivit căreia comportamentul este determinat de interacțiunea dintre subiect și mediu. Aceste entități, deși separate, se află într-o stare de dependență, de permanentă interacțiune, datorită permeabilității limitelor. În felul acesta este posibil ca orice modificare produsă în una din ele să determine modificări și în cealaltă. În fiecare persoană se disting două regiuni: una internă, corespunzătoare motivațiilor, idealurilor, structurilor cognitive etc. și una externă, reprezentînd aria perceptual-motorie. Aceasta din urmă este calea prin care evenimentele din mediu ajung la regiunea internă. Teoria lui LEWIN are un caracter dinamic, subliniind permanentele schimbări dintre persoane și mediu, structurile și restructurările care se produc în fiecare din ele.

376. CÎMP SOCIAL ● În accepțiunea dată de LEWIN (1947), prin cîmp social se desemnează totalitatea dinamică a relațiilor sociale interdependente sau a relațiilor în rețea existente la un moment dat. Include grupurile, subgrupurile, indivizii, barierele sociale, canalele de comunicație etc. Este deci o structură dinamică socială cu ecologia ei.

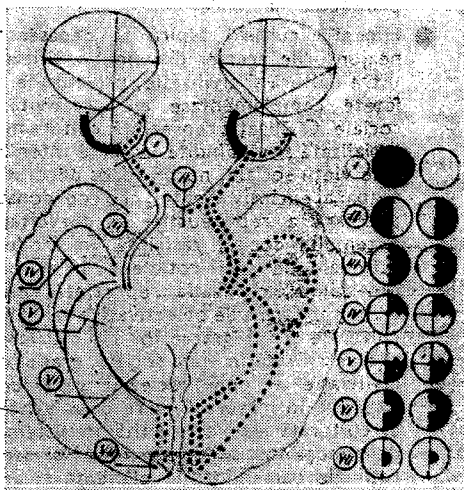
Cîmpul social mai poate desemna prezența concretă ori evocată a unei alte persoane (sau influența exercitată de ea), precum și elementele materiale care configurează o entitate socială sub aspectul produselor create de colectivitate, de tipul cărților, monumentelor, operelor de artă, manuscriselor etc.

377. CÎMP VIZUAL ● Ansamblul punctelor din spațiu pe care un ochi imobil le poate cuprinde în condițiile unei iluminări date. Există un cîmp vizual monocular care traduce sensibilitatea retinei și pe aceea a conexiunilor sale centrale. Limitele acestui cîmp raportate la o perpendiculară ideală care ar trece prin centrul retinei, superior de la 45–50°, inferior de la 60–80°, nazal de la 50–60°, iar temporal de la 80–90°.

Cîmpul vizual binocular este format din spațiul pe care subiectul îl poate parcurge simultan cu cei doi ochi larg deschiși. Evident, acest cîmp realizat din suprapunerea celor două cîmpuri monoculare va prezenta o zonă în care vederea este binoculară de la circa 30°, în care percepția vizuală este monocu-

lă. Cîmpul vizual este în relație directă cu gradul de iluminare, vîrsta subiectului și gradul de deschidere al pupilei. Tehnicile de determinare ale cîmpului vizual sînt: campimetria, perimetria, angioscotometria.

O serie de circumstanțe patologice psihiatrice duc la o modificare a cîmpului vizual care poate deveni, pentru specialistul inițiat, un ghid de orientare util. Cele două mari categorii de modificări sînt: strîmtorările (îngustările) și scotoamele. Strîmtorarea regulat concen-



—Căile optice ; rezțiuni, urmări :

I – Întreruperea conductibilității în nervul optic cu cecitate unilaterală ; II – compresiunea unghiului anterior al chiasmiei cu hemianopsie bitemporală ; III – leziune a bandelei optice stîngi cu hemianopsie dreaptă ; IV – lezarea fascicului inferior al radiațiilor optice stîngi cu hemianopsie în cadranul superior drept ; V – lezarea fascicului superior al radiațiilor optice stîngi cu hemianopsie în cadranul inferior drept ; VI – lezarea celor două fascicule reunite ale radiațiilor optice din stînga cu hemianopsie homonimă și respectarea maculei ; VII – leziune ce interesează polul occipital de partea stîngă cu scotom central hemianopsic drept.

trică poate avea drept cauză simularea sau, mult mai rar, o cauză organică (cauzele organice nu duc la îngustări regulate decît în faze deosebit de avansate: strîmtorarea tubulară din glaucomul avansat sau retinopatia pigmentară). Strîmtorarea neregulată concentrică poate apărea în atrofia optică tabetică.

Diagnosticul diferențial al îngustărilor de câmp vizual funcționale (isterice) față de cele organice necesită explorarea câmpului vizual la două, trei distanțe diferite și analiza comparativă. Dacă, indiferent de distanță, câmpul vizual rămâne îngustat („în tunel”) tulburarea este funcțională deoarece în mod normal câmpul vizual trebuie să crească odată cu distanța la care acesta se determină. Reducerile organice ale câmpului (legate de lezarea căilor sau arilor de proiecție) pot orienta diagnosticul de localizare. Prezentăm o serie de astfel de posibilități (după ȘERBĂNESCU)

Scotomul reprezintă modificarea cea mai frecventă (dar și cea mai benignă) a câmpului vizual, întâlnită și în multe interferențe psihiatrice → SCOTOM.

378. CLARITATE (cf. lat. *claritas* „limpezime”) ● Calitatea funcțiilor și/sau proceselor psihice de a se desfășura la un nivel optim, în vederea realizării unei cunoașteri obiective, corecte a realității; pentru o astfel de cunoaștere este necesară o optimizare a percepțiilor (W. WUNDT deosebește pragul clarității de cel al intensității), care reclamă concentrarea și direcționarea atenției (TITSCHNER), prelucrarea datelor integrate prin procesele gândirii. Toate acestea sînt posibile numai în condițiile existenței unei stări de claritate a câmpului conștiinței, a lucidității, a capacității de orientare optimă temporo-spațială, allo- și autopsihică. Concepția carteziană considera claritatea ca fiind una din calitățile esențiale ce caracterizează gândirea și conștiința (zona conștiinței clare este întotdeauna restrînsă).

379. CLARMYL (M) Spania — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei; indicat în boli psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate, în tratamentul ambulator, neinfluențînd reflexele conducătorilor auto.

380. CLARVIZIUNE (fr. *clairvoyance*) ● Calitate a gândirii de a fi realistă și perspicace, astfel încît, prin judecăți și operații logice, să poată cunoaște a priori desfășurarea, rezultatul unui eveniment; se poate spune deci că este capacitatea de prognoză; realizată pe baza unor calcule statistice, de probabilitate etc., pornind de la datele realității obiective, în scopul evaluării unei realități viitoare posibile sau probabile.

Termenul este utilizat și cu un sens apropiat celui de premoniție, de prognoză, a viitorului

prin metode empirice, stări de „transă”, „iluminare”, „puteri supranaturale” care aparțin uneori patologiei (deliranti mistici, mai ales), dar nu de puține ori, șarlataniei.

381. CLAPARÊDE Edmond (1873—1940) ● Psiholog elvețian, fondatorul Institutului J. J. Rousseau din Geneva; cu preocupări în stabilirea de corelații între dezvoltarea fizică și psihică a copilului. În principala sa lucrare „Comment diagnostiquer les aptitudes chez les enfants”, propune primele teste pentru depistarea aptitudinilor.

382. CLAPARÊDE (T) test ● Variantă adaptată pentru populația Elveției a scalei de inteligență Binet-Simon → BINET (T) test.

383. CLASIFICARE (fr. *classifier*; cf. lat. *classis* „clasă”; *facere* „a face”) ● Demers deductiv de cunoaștere, prin gruparea, ordonarea, repartizarea sau ierarhizarea obiectelor, fenomenelor, conceptelor, relațiilor etc., după criterii predeterminate, în clase și categorii; rezultatul acestei operații. În acest sens, clasificarea este un demers științific, o treaptă necesară în cercetarea și cunoașterea fenomenelor la care este aplicată. Clasificarea ideală este aceea în care criteriile de identificare și discriminare sînt suficient de precise, astfel încît un obiect studiat să nu poată fi introdus decît într-o clasă dintr-un ansamblu de clase posibile (WING, 1984). Știința clasificărilor este taxonomia. Unitatea de clasificare se numește taxon. Există clasificări uni-, bi-, pluricriteriale, criteriologia unei clasificări fiind dictată de numărul și gradul de cunoaștere a fenomenelor ce urmează a fi clasificate. O clasificare fondată pe unul sau mai multe criterii arbitrar considerate este artificială. Sînt utilizate, în raport cu scopul urmărit, mai multe tipuri de clasificare: dicotomică, ierarhică, metodică, naturală sau genetică (această din urmă utilizează un ansamblu de caractere, în funcție de afinitățile reale ale fenomenelor clasificate, indicînd eventual și relațiile naturale de înrudire, de exemplu clasificarea filogenetică). Clasificarea urmărește stabilirea unor nomenclaturi. SĂHLEANU (1976) propune în acest sens, ca sinonim, termenul nosonomie, pentru clasificarea bolilor.

În psihiatrie, vorbim de clasificarea bolilor psihice, a psihotropelor, a produselor farmaceutice etc. J. PIAGET consideră clasificarea drept una dintre caracteristicile fundamentale ale dezvoltării inteligenței. În geneza și dezvoltarea inteligenței pot fi enumerate mai multe etape ale dezvoltării capacității de clasificare: clasificarea primitivă (0—10 luni);

clasificarea simplă (vârsta antepreșcolară); clasificarea de tip figurai (vârsta preșcolară) și nonfigural (pînă la 14 ani) clasificarea de tip combinator (14—18 ani); clasificarea complexă prin combinații, incluziuni de clase, comutativitate și extensie de criterii.

384. CLASIFICARE A BOLILOR PSIHICE

● Tentativele de clasificare a bolilor psihice reprezintă trepte în evoluția cunoașterii și conceptualizării acestora. O clasificare a bolilor psihice reflectă o concepție nosologică, din care decurge de fapt, dar este în același timp și parte integrantă a unei nosologii cu care, după unii autori, se confundă.

Jules FALRET (1899) a rezumat condițiile esențiale pe care trebuie să le îndeplinească o clasificare naturală:

- să cuprindă ansamblul caracterelor comune și diferențiale ale faptelor clasificate;
- să le subordoneze și ierarhizeze astfel încît să-l indice pe cel mai important, existența celorlalte putînd fi astfel dedusă;
- succedarea faptelor aparținînd unei clase într-o ordine predeterminată, previzibilă, proprie.

Aceste principii taxonomice își păstrează și astăzi integral valabilitatea. Clasificarea artificială are în vedere una sau mai multe caracteristici și cuprinde patru tipuri:

- clasificarea facultăților intelectuale, morale sau instinctive presupuse a fi afectate în starea de „nebulie” (inteligența, voința, sensibilitatea);
- clasificarea ideilor și sentimentelor predominante (nebulia orgoliului, erotică, religioasă etc.);
- clasificarea actelor comise de subiect (suicid, omucidere, cleptomanie etc.);
- clasificarea delirului în funcție de amplitudinea și caracterul său (alienație parțială sau generală, expansivă sau depresivă).

Prima clasificare a bolilor psihice datează din secolele al IV-lea—al V-lea î.e.n. și aparține lui HIPOCRATE care distingea tulburările mintale acute febrile (probabil echivalentele sindroamelor psihoorganice acute), tulburări cronice afebrile (denumite melancolie), isteria și boala „scitică” (echivalentă transvestismului). SORANUS din Efes (secolul I e.n.) imaginează o clasificare triadică ce cuprinde phrenitis (boala acută febrilă, agitație), mania (melancolia) și homosexualitatea.

În secolul al XVI-lea PARACELSUS distinge cinci categorii de boli psihice: epilepsia, mania

(tulburări mintale acute, violente), „vitus chorea” (nebulia dansului), sufocarea intelectului (toate accidentele paroxistice excepțind epilepsia) și „nebulia” cu cinci subtipuri: „lunatică” (tulburări periodice ritmate de fazele lunii), „nebulia” propriu-zisă (boală ereditară), vesania (datorată otrăvurilor), melancolia, posesiunile demonice și obsesiile. SYDENHAM (secolul al XVII-lea) clasifică sindroamele psihice după un criteriu patogenetic: disfuncția echilibrului umoral sau a tensiunilor tisulare. În secolul al XVIII-lea este important de menționat introducerea, în clasificările lui Paul ZACCHAI, a elementului de delirium al cărui sens asemănător se păstrează pînă în cele mai noi sisteme de clasificare.

La începutul secolului al XIX-lea, PINEL descrie patru boli funcționale ale sistemului nervos determinate de leziuni anatomice, inflamație, febră, hemoragie, caracterizate ca „nevroze”: mania, melancolia, demența și idiotia, la care ESQUIROL în aceeași perioadă adaugă monomaniile (intelectuală și afectivă). Odată cu descrierea paraliziei generale — BAYLE (1822) — nozografia psihiatrică se orientează spre concepția anatomoclinică încercînd să caute concomitențele lezionale ale tulburărilor clinice, orientare ce va fi valorificată mai tîrziu de KRAEPELIN, JASPERS și SCHNEIDER. Este de menționat în acest sens clasificarea lui MOREL (1860), care rămîne tributară însă și concepției degenerescenței susținută de autor: alienări ereditare (monomanie, idiotie, degenerescență intelectuală), prin intoxicații (pelagra, alcoolismul), determinate de nevroze (istero-epilepsia, hipocondria), idiopatice (paralizie generală), demențiale și „nebulii simpatice”. KAHLBAUM (secolul al XIX-lea) este primul care stabilește criteriul de clasificare acceptate și astăzi: vîrsta debutului și evoluția caracteristică a unei boli, separînd bolile psihice cu substrat organic de cele fără un astfel de substrat.

La începutul secolului XX, KRAEPELIN continuă calea descriptivă inițiată de KAHLBAUM, stabilind criteriul etiologic, evolutive și legate de starea terminală (a cărei importanță fusese subliniată de FALRET și GRIESINGER). Perspectiva diacronică inițiată de FALRET și BAILLARGER, care reuniseră două tablouri contradictorii, mania și melancolia, într-o singură boală, a acordat prioritate evoluției și stării terminale a unei specii morbide față de descrierea ei secvențială semio logică, constituind una din orientările moderne în elaborarea sistemelor de clasificare.

După repetate remanieri, KRAEPELIN (1906) clasifică bolile astfel: psihoze infecțioase (delirul febril și infecțios), psihoze de epuizare (confuzia mintală, epuizarea nervoasă cronică), intoxicația acută și cronică (alcool, morfină, cocaină), psihoze tireogene (cretinismul, psihoza mixedematoasă), demența precoce (hebefrenia, hebefreno-catatonă, demența paranoidă, parafrenia), paralizia generală, psihoze de involuție, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, psihoza epileptică, nevroze psihogene, stări patologice congenitale (nebulnia obsedantă, impulsivă, perversiuni sexuale), personalități psihopatice (criminali, instabili, mitomani), oprirea dezvoltării psihice (idiotia, imbecilitatea).

Reîntorcându-se la alt nivel perspectiva psihopatologică a lui BLEULER, JASPERS descrie o psihopatologie subiectivă (fenomenologia) — ca descriere comprehensiv genetică a datelor subiective ce urmărește o cauzalitate internă — și o psihopatologie obiectivă care explică datele obiective urmărind o cauzalitate externă. Abordarea jaspersiană este completă, complexă și sintetică cu eficiență în elucidarea diferei diagnostice și în delimitarea nozologică. JASPERS distinge, după criteriul etiologic, psihoze exogene (organice și simptomatice) și funcționale sau idiopatice, pe care le clasifică în: psihoze acute și cronice, sindroamele stărilor afective anormale, sindroamele alterărilor conștiinței, sindroamele vieții psihice „deranjate” (ce cuprind sindroamele paranoice și catatonice), sindroamele organice (afazice, demența organică, sindromul Korsakov), tulburările personalității, sindroamele nervoase (neurastenice, psihastenice), forme ale fantasticului (experiențele psihotice și delirante din schizofrenie, toxicomanii, pseudologia fantastică, experiențele onirice).

În clasificarea sa, K. SCHNEIDER adoptă poziția unui „dualism empiric”, boala fiind „variație anormală a ființei psihice” sau consecința unei boli somatice, și conferă conceptului de diagnostic o dublă determinare: „somatologică” și „psihopatologică”. Astfel, el descrie:

- varietăți anormale ale ființei psihice: aptitudini intelectuale anormale, personalități anormale, reacții anormale la un eveniment trăit;
- consecințe ale bolilor (și malformațiilor):
 - cu caracter acut (obnubilarea conștiinței) și cronic (dezintegrarea a

personalității — personalități primitive nediferențiate și diferențiate) și

- intoxicații, paralizia generală, alte infecții, alte boli interne, malformații cerebrale, tumori cerebrale, arterioscleroza cerebrală, bolile cerebrale ale senilității, alte boli cerebrale, epilepsia esențială și altele (ciclotimia, schizofrenia).

În S.U.A., prima consemnare oficială a bolilor psihice apare cu ocazia recensământului din 1840, fiind menționată o singură categorie care reunea idiotia și nebunia (SPITZER, WILLIAMS). O clasificare propriu-zisă apare în 1880 și cuprinde șapte clase: mania, melancolia, monomania, pareza, demența, dipsomania, epilepsia și este urmată de o alta, în 1923, elaborată de Asociația Americană medico-psihologică și de Comitetul Național pentru Sănătate Mintală, care se menține până în 1935. Aceste două sisteme, referindu-se cu precădere la tulburările cu evoluție cronică, nu au fost suficiente de cuprinzătoare în privința diversității clinice a tulburărilor clasificate și s-au dovedit inoperante pentru codificarea tulburărilor acute apărute în proporție mare în cursul celui de al doilea război mondial. Din aceste motive Administrația Veteranilor a elaborat o clasificare proprie (concepută de W. MENNINGER) care a servit ca model și pentru DSM I (redactor principal G. RAINES, 1952), clasificare care constituie primul glosar ce cuprinde și definiția fiecărei tulburări clasificate. Achizițiile valoroase ale nozologiei europene și-au găsit însă cu greu locul în acest glosar tributar influențelor hegemonice ale lui A. MEYER, atât în plan terminologic cit și concepțional (aproape toate tulburările erau considerate „reacții” în cadrul funcționării invariabile a mecanismelor etiopatogenice, psihodinamice și a defenselor psihanalitice). De aceea a fost preferată utilizarea clasificării anterioare din 1935, apoi a ICD-ului VIII din 1968, până în 1972 când a fost pus în practică DSM II (redactor principal E. GRÜNBERG). Acesta înlătură utilizarea excesivă a termenului de „reacție” din DSM I și introduce ideea diagnosticului multiaxial, stabilind zece categorii de boli psihice: întârzierea mintală, sindroamele organice cerebrale, psihozele nedeterminate ale afecțiunii somatice anterioare, nevrozele, tulburările de personalitate și alte tulburări non-psihotice, tulburările psihofiziologice (psihosomatice, subimpărțite după

organul afectat), simptomele speciale (care apar în absența altor tulburări psihice, îndeosebi la copii), tulburările situaționale tranzitorii (reacții acute, inclusiv psihotice, apărute la persoane fără tulburări anterioare aparente), tulburări de comportament ale copilăriei și adolescenței, situații fără tulburări psihiatrice manifeste și non-specifice (dezadaptării social), fiind semnalate și tulburările nespecifice (care nu pot fi considerate boli mintale, dar necesită ajutor psihiatric).

Încă din 1948, OMS a pus la dispoziție practicienilor din toate țările, prima clasificare internațională (ICD VI), intitulată „Tulburări mintale, psihonevrotice și de personalitate” care indică zece categorii de psihoze, nouă de psihonevroze, șapte de tulburări de caracter, comportament și intelect. La fel ca și ICD VII, care i-a urmat și cu care era identic, nu a fost oficial folosită decât în câteva țări (Finlanda, Noua Zeelandă, Peru, Thailanda, Anglia) datorită omisiunii demențelor și a multor tulburări de personalitate și adaptare; precum și faptului că formularea termenilor diagnostici în funcție numai de criteriul ideologic nu a permis unificarea conceptelor diferitelor școli naționale.

Abia ICD VIII (1968) și ICD IX (1978) inventariază totalitatea bolilor psihice după criterii etiologice și timice, fără a rezolva complet uniformizarea terminologiei în lumina unor criterii definitorii și discriminatorii. Clasificările adoptate în toate tratatele și manualele europene de psihiatrie: HENDERSON și GILLESPIE (1950), MAYER-GROSS, STATER, ROTH (1969), PREDESCU (1976), EY, BERNARD, BRISSET (1979), KERBIKOV, OZERESKI, POPOV, SNEJNEVSKI (1958), Ediția a XV-a a manualului lui E. BLEULER îngrijită de M. BLEULER (1983), precum și în unele sisteme cu caracter național („Clasificarea franceză a tulburărilor mintale” — INSERM, 1968 și „Marele Glosar britanic al tulburărilor mintale” elaborat sub direcția lui A. LEWIS — 1968) prezintă elemente diferențiate de sistemul propus prin ICD IX.

În stadiul actual al nozografiei și nozologiei, flexibilitatea criteriologiei exclude absolutizarea criteriului etiologic, care nu poate fi eficient decât asociat celui clinic și evolutiv. Adaptarea flexibilă a criteriilor taxonomice la toate aspectele definitorii cunoscute ale unei boli sau ale unui sindrom a constituit obiectivul metodologic al ultimei clasificări oficiale (DSM III — 1980), care a insistat cu precădere asupra aspectului terminologic al limbajului diagnostic, nozologia clasică fiind implicit admisă aproape în totalitatea ei. Așa cum remarcă AKISKAL și M. KINNEY

(1973), în ciuda progreselor făcute, categoriile principale ale unei clasificări standard se bazează și astăzi pe conceptele lui KRAEPELIN, BLEULER (tulburări mintale organice, afective, schizofrenie) și FREUD (nevrozele și tulburările de personalitate). Într-o clasificare modernă, definirea unui „fenomen al observațiilor efectuate în condiții bine determinate, comportind o raportare a totalității experienței” (BOHR) se realizează doar printr-un diagnostic multiaxial. Sintetizând obiectivele unei clasificări a bolilor psihice, SPITZER și WILLIAMS (1980) enumeră următoarele principii:

- unificarea și standardizarea nomenclaturii în scopul sincronizării terminologice, astfel încât un concept mörbid să însemne pentru oricine același lucru);
- stabilirea unei premise optime pentru fundamentarea științifică a tratamentului, a predicției răspunsului terapeutic, a consecințelor medicale și sociale ale bolii, a profilaxiei;
- explicarea etiopatogenică a bolii.

Primul din cele trei obiective este descriptiv, necesitând argumentul unei descrieri clinice fidele și ușor „recognoscibile” centrată pe simptome cât mai caracteristice asupra cărora ar fi de dorit să se ajungă la un consens al tuturor practicienilor (situație rar întâlnită în psihiatrie). Al doilea obiectiv are caracter predictiv trebuind să facă posibilă anticiparea viitorului unui individ ce suferă de o anumită boală și se realizează prin studii catamnestic de lungă durată ce urmăresc evoluția naturală a bolii și a răspunsului la tratamente diferite. Ultimul obiectiv urmărește explicarea conceptului de boală conform informațiilor etiopatogenice cunoscute, a modelului ei familial, anomaliilor biologice detectabile etc.

Pentru a fi completă, o clasificare a bolilor psihice trebuie să cuprindă toate bolile și tulburările psihice cunoscute, astfel încât orice pacient examinat să poată fi încadrat într-una din categoriile clasificării (de aceea, DSM III cuprinde și „categorii reziduale” — stări care nu pot fi atribuite unei tulburări mintale, dar care necesită asistență psihiatrică sau tratament). „Fezabilitatea” ei presupune aplicabilitate atât în domeniul cercetării, cât și în oricare tip de asistență psihiatrică (clinică, ambulatorie, semiambulatorie).

În ultimii ani, noi abordări metodologice și-au găsit aplicare în clasificarea bolilor psihice, fiind însă departe de a-și fi dovedit pe deplin utilitatea. S-au elaborat astfel noi instrumente care pot fi folosite în stabilirea diagnosticului (interviu structurat și semi-

structurat, seturile de criterii diagnostice), tipuri diagnostice derivate din matematică și programe computerizate, studii epidemiologice, tranșnationale și elaborarea clasificării multiaxiale.

Dintre studiile tranșnationale, al căror obiectiv a fost verificarea validității descriptive și conceptuale a schizofreniei și a bolii afective poate fi menționat Proiectul de diagnostic Anglia-S.U.A., început în 1960, care a urmărit evaluarea posibilei discrepanțe conceptuale diagnostice pentru schizofrenie și boala afectivă în cele două țări (în S.U.A. s-a găsit un concept prea larg pentru schizofrenie, iar în Anglia unul prea îngust).

Studiul Pilot Internațional OMS al Schizofreniei (IPSS, 1973) precum și alte studii epidemiologice (studiul lui WEISSMAN și MYERS) au demonstrat valoarea folosirii unor instrumente standardizate pentru verificarea validității obiective a metodelor clinice.

Clasificarea multiaxială, inițiată de suedezi ESSENOLLER și WOHLFAHRT, 1947, urmărește îmbunătățirea confidenței diagnosticului în condițiile unor concepții etiologice divergente. Ea propune axe diagnostice diferite pentru simptomatologie și etiologie, ceea ce permitea identificarea cazurilor cu aceeași etiologie (de exemplu, infecțiile) și simptomatologii diferite (delirium, halucinoza, sindrom amnesic etc.) sau aceeași simptomatologie (de exemplu, delirium) și etiologii diferite (intoxicații, infecții, suferințe vasculare cerebrale).

În condițiile în care orice informație suplimentară, confirmată și definitorie pentru descrierea bolii psihice, poate deveni punct de plecare pentru o nouă axă diagnostică, eficiența unui sistem multiaxial rezidă însă în circumscrierea unei cât mai mari varietăți de situații clinice cu cel mai mic număr posibil de axe, ceea ce pare să realizeze până în prezent doar DSM III.

Așa cum observă HERMANN (1984), „doctrinile intervin și evoluează”, ceea ce împiedică orice clasificare să fie eternă. După opinia aceluiași autor, este mai judicios să se prevadă dacă o clasificare este suficient de flexibilă și care sînt modalitățile ei de evoluție.

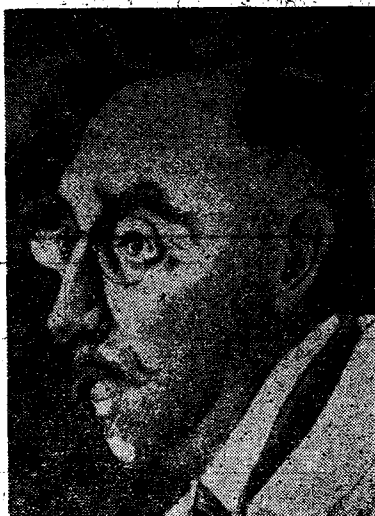
Și pentru că un sistem de clasificare a bolilor psihice trebuie să rămână stabil o perioadă de timp, o ultimă definiție — cu un caracter general și deloc descurajator — se impune: „orice clasificare a bolilor psihice este un compromis”.

385. CLASTOMANIE (cf. gr. *klaon* „a sfărâma, a rupe, a sparge”; *mania* „nebulie”) ● Conduită impulsivă, de distrugere a obiectelor situate în jurul subiectului. Survine

paroxistic într-o serie de afecțiuni psihice (posibilitatea existenței și a unei forme permanente, sistematice, nu este dovedită). Se întâlnește sub formă de accese — numite și crize clastice — în: oligofrenie, demențe, la personalități dizarmonice impulsive, în epilepsie, schizofrenie, manie, melancolia agitată. Poate fi și expresia unor reacții, la personalități dizarmonice demonstrative, actul oprindu-se, de obicei, după distrugerea unui singur obiect sau a unei serii de obiecte de același fel.

386. **CLAUDE-GOUGEROT⁽⁸⁾ sindrom** ● Senilitate precoce primară, prin hipofuncție marcată și atrofiere a glandelor endocrine (ceea ce era circumscriș prin vechiul „senilitas precox pluriglandularis”). Afectează ambele sexe și se manifestă critic prin piele uscată, ridată (care dă aspectul de „cap mic”), căderea prematură a dinților, compromiterea funcției sexuale și scăderea eficienței somatice și intelectuale („gîndirea nu este altă de deteriorată cît... nu se utilizează”).

387. **CLAUDE Henri-Charles (1869—1945)** ● Psihiatru francez, unul dintre creatorii organo-dinamismului, care a reușit să introducă



Henri-Charles Claude

în învățămîntul medical stagiul de psihiatrie pentru studenți. Este unul din creatorii serviciului ambulatoriu de psihiatrie, în care trebuiau îngrijiți permanent bolnavii „care se aflau pasager în spitale”. Înălțurînd canoanele lui CHARCOT, a cultivat o manieră dinamică de studiu, pe care l-a extins în domenii variate ale patologiei experimentale, biochimiei, endo-

crinologiei, neurologiei. Tot lui i se datorează introducerea termenului de „schizoză”, care desemnează o alterare funcțională a asociațiilor cortico-talâmo-striate. Grupa schizozelor a fost împărțită în trei diviziuni: schizoidia, schizomania, schizotimia.

Apropiindu-se de curentul psihanalitic, la care însă nu a aderat, el a abordat studiul bolilor mintale într-o manieră psihobiologă, fiind inspirat de teoria lui HUGHLINGS JACKSON.

388. CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ — sin. VERTIJ AURICULAR → MENIÈRE⁽⁸⁾ sindrom.

389. CLAUDICAȚIE PSIHIcĂ (cf. lat. *claudicare* „a șchiopăta”) ● Simptomatologie clinică complexă, care evidențiază deteriorarea mintală la debutul unor demențe. Memoria este afectată; conform legii lui Ribot (în special pentru evenimentele mai apropiate), iar amnezia numelor proprii este prima care se instalează. Atenția scade în fața unor obstacole mici; observându-se dificultăți de concentrare. Ideea este mai lentă, prezența unor teme asupra cărora subiectul perseverează apare constant. Capacitatea de construcție intelectuală și de abstractizare este diminuată, deși acest fapt poate fi mascat uneori de un vocabular deosebit de bogat. Experiența clinică trebuie să scoată în evidență aceste semne fără dificultate, testelor psihometrice rămânându-le sarcina de a evidenția dimensiunile acestei deteriorări.

390. CLAUSTRARE (cf. lat. *claustrum* „loc închis”) ● Acțiune având la bază un mecanism psihopatologic de retragere, de izolare într-un loc închis, în scopul ruperii oricăror legături cu mediul exterior. Nu este vorba de izolarea deliberată, în vederea realizării unui climat propice creației artistice sau de cea a temerarului care, de unul singur, pe o plută, pe eternele ghețuri sau ascensionând, legat de o coardă, muntele Everest, este animat de dorința învingerii unei imense singurătăți, de dorința unei performanțe unice, a unui record personal. Nu este vorba de rigorile, uneori extrem de dure, pe care și le autoimpun membrii unor grupuri sau secte religioase și care mențin un anumit tip de relații sociale. Caracterul antisocial pe care unii autori îl alătură claustrării nu ni se pare relevant, deoarece, de cele mai multe ori, bolnavul psihic recurge la acest comportament nu din dorința de a protesta, de a se opune normelor de conduită socială, ci mai curând dintr-o necesitate de repliere în limitele propriei lumi pentru a se „apăra” contra agresivității „externe”, care-l asaltează. Conduită socotită „de alarmă” pentru intrarea individului într-un episod de boală, claustrarea poate reprezenta pentru anturajul subiectului motivul solicitării unei intervenții terapeutice eficiente.

Prezentăm, după POROT, în mod diferențiat, mecanismele psihopatologice prin care claustrarea este întilnită în clinica psihiatrică, în ordinea frecvenței:

Tabel nr. XXXVII

Afecțiunea psihică	Fondul clinic pe care se desfășoară	Alte aspecte clinice
PERSONALITATE SCHIZOIDĂ decompensată	<ul style="list-style-type: none"> ● vîrsta adolescenței; ● negativism verbal, alimentar; ● ± sindrom catatonie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● alte tulburări comportamentale; ● ± sindrom paranoid; ● ± sindrom obsesivofobic
SCHIZOFRENIE	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate psihotică; ● halucinații terifiante, imperative; ● agitație psihomotorie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● raptusuri explozive, suicidare; ● auto/heteroagresivitate; ● fugi impulsive.
EPISOD PSIHOTIC ACUT SINDROM CONFUZIONIC ● toxic (alcool, droguri); ● infecțios	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate psihotică; ● halucinații terifiante, imperative; ● agitație psihomotorie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● raptusuri explozive, suicidare; ● auto/heteroagresivitate; ● fugi impulsive.
PSIHOZE DELIRANTE CRONICE ● paranoia; ● parafrenia	<ul style="list-style-type: none"> ● delir de persecuție; ● delir de interpretare; ● delir de influență; ● halucinații plurisenzoriale; ● sindrom Kandinski-Clérambault 	<ul style="list-style-type: none"> ● alternanță cu delir de revendicare; ● conduite de apărare, securizare; ● alte acte medico-legale; ● delir indus.

Tabel nr. XXXVII (continuare)

Afecțiunea psihică	Fondul clinic pe care se desfășoară	Alte aspecte clinice
NEVROZA OBSESIONALĂ/ FOBICĂ gravă	<ul style="list-style-type: none"> ● agorafobie ; ● misofobie ; ● nozofobie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● măsuri de apărare ; ● dependență afectivă față de familie.
PSIHOZA DELIRANT- HIPOCONDRIACĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● clinomanie ; ● recurgere excesivă la medici și medicament . 	<ul style="list-style-type: none"> ● aversiune și respingere față de persoanele nereceptive la „suferințele descrise”.
PSIHOZA DEPRESIVĂ (MELANCOLIA)	<ul style="list-style-type: none"> ● negativism verbal, alimentat etc. ; ● semne de afectare somatică. 	<ul style="list-style-type: none"> ● raptus suicidal
DEMENTE SENILE avansate	<ul style="list-style-type: none"> ● delir de prejudiciu, de otrăvire ; ● semne de decrepitudine fizică și psihică. 	<ul style="list-style-type: none"> ● avaritie ; ● relații sociale anterior restrinse (vecini etc.).



Eshker

391. **CLAUSTROFOBIE**^(F) (cf. lat. *claustrum*; gr. *phobos*, „frică, spaimă”) ● Teama care pune stăpânire pe subiect ori de câte ori este obligat de a veni în contact cu spații mici, închise sau când consideră iminentă o asemenea

situație ; este una dintre cele mai vechi fobii descrise, fiind cunoscută încă din antichitate. În prezent, se manifestă, de obicei, în ascensor, săli mici de spectacole, mijloace de transport în comun etc. Deși caracterul logic al fricii este recunoscut de subiect, acesta poate prezenta și determinări somatice ale fobiei, manifestate prin tulburări vegetative : intense, senzația de sufocare și strivițe iminentă, produsă de pereți, dacă este singur, sau de restul semenilor săi, dacă nu este singur.

Problema a atras și pe psihanalisti, ale căror încercări de explicare a mecanismului claustrofobiei invocă sentimentul de culpabilitate față de masturbarea din copilărie, retrăirea fricii de a nu fi strivit de mamă în somn, având drept rezultat „o regresie pînă la angoasă, legată de traumatismele motorii”. Tratamentul acestei fobii este foarte dificil, rezultatele fiind modeste, desigur nu din motive psihanalitice.

392. **CLAUSTROMANIE** (cf. lat. *claustrum*; gr. *mania* „nebulie”) — sin. **CLAUSTROFILIE** ● Manifestare comportamentală patologică, constind în reclusiune și refuz brutal de părăsire a domiciliului, în scopul sustragerii de la influențele mediului sau în încercarea de creare a unui mediu propriu. Acest comportament, cu caracter net asocial, reflectind o gravă dezadaptare, se întâlnește frecvent la schizozizi și schizofreni, la care tendința de izolare extremă conturează autismul, precum și la deliranții acuti și cronici, pentru care trebuința de autosecurizare și autoprotecție este maximă :

bolnavul se baricadează în casă, blindează ușa și ferestrele, refuză orice contact cu exteriorul. Această tendință morbidă mai poate apărea în nevrozile obsesive și fobice grave, în isterie, la anumiți hipocondriaci și personalități psihastenice, în anumite depresii melancolice, la care negativismul general, corelat cu claustrarea, favorizează ideile suicidare, și la unele persoane virstince, la care sentimentul morbid al avariei poate învinge instinctul de conservare: frica de a nu fi prădate (de obicei, de lucruri cu valoare de simbol și fără valoare materială, care nu pot tenta pe nimeni), le determină să nu părăsească domiciliul, ceea ce poate avea ca rezultat moartea prin inanție.

393. **CLEBORIL**^(M) Spania — DCI *Clebopride* ● Neuroleptic, derivat benzamidic de tip 4-amino-N-(1-benzil-4-piperidil)-5-clor-0-anisamidă, cu acțiune incisivă moderată și unele valențe antidepresive și toleranță bună.

394. **CLÉOFIL**^(M) Franța — DCI *Difemetorex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-(difenilmetil)-1-piperidin-etanol, cu acțiune comună psihostimulentelor — valoare medie — fără valențe anorexigene, cu o bună toleranță și practic, nu are contraindicații.

395. **CLEPTO** (cf. gr. *kleptes* „hoț”) ● Element de compunere cu referire la hoț, furt.

396. **CLEPTOFOBIE**^(P) (cf. *clepto* și gr. *phobos* „frică”) ● Teamă excesivă, nejustificată, nu atît de a nu fura, cit de a nu lua, din greșeală sau din neatenție, un obiect care nu aparține subiectului. Apare în nevroza obsesivă, fobică, la personalitățile psihastenice.

397. **CLEPTOLAGNIE** (cf. *clepto* și gr. *lagneia* „relație sexuală”) ● Mod patologic de obținere a satisfacției sexuale încadrat în categoria perversiunilor sexuale, constînd în asocierea dintre compulsiunea de a fura și excitația erotică.

398. **CLEPTOMANIE** (cf. *clepto* și gr. *mania* „nebulie”) — sin. **MATTHEY-MARC**^(B) boală ● Impulsivitate de a fura un obiect străin, uneori lipsit de utilitate practică și aparent de valoare, subiectul neputîndu-și stăpîni această pornire obsedantă, patologică, deși duce o luptă generatoare de anxietate. Odată actul comis, tensiunea diminuează, dar apare sentimentul de rușine și culpabilitate al subiectului față de fapta sa, ceea ce poate determina returnarea obiectului.

Din perspectivă psihanalitică cleptomania apare ca investire libidinală a obiectului furat, originile sale aflîndu-se deci în perioada dez-

voltării psihosexuale a copilului. Refuzul de a oferi copilului sinul dorit (**ABRAHAM** și **ALEXANDER**), privarea afectivă a copilului (**ABRAHAM**), complexul de castrare, ar determina investirea obiectului furat cu o valoare simbolică, cu semnificație erotică. După **ADLER**, la copil, ea reprezintă o modalitate de a-și extinde puterea, prin posesiune.

Cleptomania este mai frecvent întilnită la femei (în special în perioade de remanieră fiziologică, cum ar fi nașterea, menopauza), și la copii. Poate fi o manifestare în cadrul structurilor dizarmonice ale personalității, al stărilor psihopatoide și stărilor deficitare, al depresiilor organice, schizofreniei, epilepsiei. Apare uneori în afecțiuni endocrinologice.

Diagnosticul diferențial este uneori greu de realizat, dar se impune, datorită necesității de a stabili consecutiv gradul de responsabilitate penală a subiectului. El se face cu furtul premeditat, cu colecționarișmul din demențe și paralizia generală progresivă, cu însușirea involuntară de obiecte străine din stările secundare și confuzionale.

399. **CLÉRAMBAULT**^(S) *sindrom*, **CLÉRAMBAULT-KANDINSKI**^(S) *sindrom* → **AUTOMATISM MINTAL**^(S) *sindrom*.

400. **CLEREGIL**^(M) Elveția, Franța, — DCI *Deanol aceglumat* ● Psihostimulent, derivat dimetil aminoetanol (**DMAE**) și este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale **NL** sedative, are acțiune proconvulsivă.

401. **CLIMACOFOBIE**^(P) (cf. gr. *klimakter* „scară, treaptă” și *phobos* „frică”) ● Frică excesivă patologică, nejustificată, de trepte, scări și schele. Întilnită în nevroza obsesivă-fobică, anxioasă, la personalități psihastenice, în schizofrenie.

402. **CLIMACTERIU** (cf. gr. *klimakter* și lat. *climacter* „perioadă critică”) ● Proces lent, în care fenomenele biologice caracteristice se desfășoară într-o succesiune determinată: scăderea treptată pînă la dispariția a funcționalității gonadelor, involuția tractului genital și începutul regresivității caracterelor sexuale secundare, inițierea restructurării modelului neuropsihic vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte. Reprezintă o etapă în ontogeneză, care își definește trăsăturile în funcție de capacitățile adaptative ale organismului. În această perioadă este expresia interacțiunii subiectului cu mediul biopsihosocial.

Școala românească de endocrinologie apreciază cîmpul de variație la maximum zece ani : între 45—55 ani, la femei, și 50—60, la bărbați. Patologia climacteriului contrazice clasarea lui ca etapă ontogenetică, descriindu-l ca sindrom. Acesta se manifestă cînd modificările din climacteriu capătă expresie clinică și este caracterizat printr-un complex de tulburări endocrine, vegetative, metabolice, neuropsihice și viscerale. Numeroase teorii, căutînd să explice îmbătrînirea sistemelor biologice, au abordat în mod necesar fenomenele legate de climacteriu : „fenomenul Hayflik” (teoria lui HAYFLIK și MORHEAD), teoria acumulării de molecule complexe ce premerg fenomenul de „cross-linkage”, teoria „ceasului biologic”, teoria epuizării sistemului imun (BURNET), teoria centrală. Dintre acestea, teoria ceasului biologic are cea mai mare legătură cu climacteriul și constă în admiterea faptului că în organism există un sistem de periodizare, capabil să „deschidă” sau să „închidă” diferite seturi de gene, în funcție de faza ontogenetică în care se află individul. În acest mod s-ar codifica activitatea mecanismelor de autodistrugere sau ar fi dezactivate genele care rol în decodificarea menținerii funcțiilor importante ale organismului. Ar fi vorba deci de un „ceas biologic”, reglat de focare cu originea în nucleul suprachiasmatic al hipotalamusului. Este cunoscut rolul aminelor biogene ca neurotransmițători la nivelul hipotalamic, ca și reducerea activității sistemului dopaminergic odată cu înaintarea în vîrstă.

Periodizarea climacteriului ar fi deci controlată de sistemul neuroendocrin, care acționează ca un „ceas biologic”.

403. CLIMACTERIU FEMININ ^{sin.} → MENO-PAUZĂ.

404. CLIMACTERIU MASCULIN — ^{sin.} CLIMACTERIU VIRIL (MANDEL, MARCUSE) ^{sin.} → ANDROPAUZĂ.

405. CLIMAT PSIHIC (cf. gr. *klima* „înclinație”) ● Impresie, dispoziție afectivă și atitudinală colectivă, cu caracter tranzitoriu sau permanent, care domnește într-un grup sau într-o organizație. Această ambianță psihologică (atmosfera sau climatul grupului) are o extrem de mare valoare în cadrul raportului pe care subiectul îl stabilește cu mediul său de trai. Astfel, relațiile individuale de la locul de muncă (școală, uzină, spital, colectiv de cercetare etc.), marcate de o condiționare pozitivă, constituie un factor de întărire a

grupului, în acțiunile sale orientate spre scopurile propuse. Un climat negativ, în care membrii grupului au sentimente de frustrare, insecuritate, va diminua randamentul și eficiența activității întregului colectiv și al fiecărui individ în parte. Termenul a fost introdus în psihosociologie de K. LEWIN și D. PUGH (1963) analizează climatul psihic din trei puncte de vedere :

- structura și funcționarea organizației ;
- compoziția și interacțiunile grupului ;
- personalitatea și comportamentul individual.

Spre deosebire de grupurile mari, pentru care vorbim de climat psihic sau psihosocial, grupurile mici se caracterizează printr-un microclimat psihic ; acesta are o importanță deosebită nu numai în reglarea relațiilor de grup, în situații în care anumite compatibilități profesionale sînt depășite sau există incompatibilități afective întîmplătoare, dar și în modul în care deciziile, stimulările acordate de conducere cultivă sau nu raporturi mutuale pozitive în rîndul membrilor grupului. Toți acești factori în dinamica lor, pot constitui, la un moment dat, o sursă de reacții normale din partea individului, dar pot genera și reacții patologice, nevroze sau decompensări de diferite intensități sau coloraturi, la personalități dizarmonice.

406. CLIMATOTERAPIE (cf. gr. *klima* și *therapeia* „grijă, îngrijire”) ● Folosirea factorilor climatici — temperatură, umiditate, radiație solară, puritatea și gradul de ionizare a aerului, nivelul de precipitații — ca adjuvant în tratamentul unor afecțiuni psihice. Este o metodă recunoscută ca general valabilă, în clinica nevrozelor. Avea inițial rol de panaceu, „natura medicatrix” (HIPPOCRATE), fiind cunoscută așezarea în condiții de climă favorabilă a templelor medicinei antice. Climatoterapia îmbină o serie de subterapii naturale (helioterapia, aeroterapia, crenoterapia, peisajoterapia), realizînd un ansamblu de condiții favorabile sedării și odihnei. De altfel, o serie de unități spitalicești sau sanatoriale își înscriu programatic, printre metodele terapeutice, climatoterapia (Piriul Rece — Brașov, Tulgheș — Harghita, Nifon — Buzău, Sinaia — Prahova, Păușești — Vîlcea, Mănăstirea Dealu — Dîmbovița etc.).

Fără a exagera, afirmînd că un climat sau altul este de preferat „în toate tipurile de boli psihice” (ANGHELUȚĂ și NICA-UDAN-GIU), se poate spune că folosirea rațională a acestor caracteristici ale climei contribuie la

ameliorarea mai rapidă a unui număr limitat de afecțiuni psihice (dintre care se exclud psihozele endogene, demențele, epilepsiile, alcoolismul, psihozele puerperale, oligofreniile etc.)

melor sale ; a constituit o etapă necesară în dezvoltarea medicinei în general, precum și a psihiatriei. După scoaterea din lanțuri și temnițe, bolnavul psihic își capătă statut de bolnav, boala psihică necesitând cunoașterea și delimi-



Foto : Alfred Ko

407. CLIMAX SEXUAL (cf. gr. klimax sin. „scară”) — sin. ACCENE → ORGASM.

408. CLINAZINE^(M) Grecia — DCI Trifluoperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1 piperazinil) propil-/2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și acțiune sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice, antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

409. CLINDORM^(MC) R.F.G. ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează. Este compus din :

- ACEPROMETHAZIN^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic.

Acțiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă.

410. CLINICISM (cf. gr. kline „pat”) ● Metodă de urmărire permanentă în condiții de spitalizare, a bolnavului, a evoluției simpto-

area în entități, lucru care nu este posibil decît prin observația clinică atentă, minuțioasă și de lungă durată a bolnavului, aflat sub continuă supraveghere. Tot observația clinică atentă a permis și urmărirea eficacității terapeutice a anumitor droguri. Clinicismul apare astfel, la începuturile lui, ca observație clinică necesară și obligatorie. Prin astfel de observații clinice, PINEL reușește să-și formuleze conceptul său despre manie ; ESQUIROL, detașîndu-se de curentele speculative la modă în epoca sa și atașîndu-se metodei de observație clinică, a reușit să realizeze descrierea clinică a monomaniilor ; tot pe baza observației clinice, FALRET și BAILLARGER reușesc să contureze dinamica maniei și melancoliei, delimitînd cadrul psihozei circulare ; pe observarea faptelor clinice, MAGNAN își bazează descrierea studiilor sindroamelor delirante și a „dezechilibrărilor”. KRAEPELIN socotit „părintele psihiatriei moderne”, a delimitat și clasificat entitățile nosologice ale psihiatriei pe baza carctărilor sale clinice. Contribuții importante la dezvoltarea psihiatriei românești, aduse pe baza observației clinice, se datorează lui AL. OBREGIA. Exagerarea acestei metode a condus însă la un conservatorism rigid,

dogmatic, cu atît mai mult cu cît ea a persistat și după ce s-a dezvoltat o multitudine de metode de urmărire a bolnavului psihic, în afara mediului spitalicesc, precum și după dezvoltarea psihometriei, a examenelor paraclinice, care pot contribui la formarea unei viziuni clinico-biologice mult mai complexe.

Clinicismul este din ce în ce mai redus în psihiatria actuală, fiind mult mai importantă observarea și tratarea bolnavului în mediul său socio-familial, izolarea și supravegherea spitalicească strictă fiind imperios necesară numai în anumite cazuri.

411. **CLINO-** (cf. lat. *clino* „inclinat” ; gr. *kline*) ● Element de componere cu referire la înclinat, pat.

412. **CLINOFILIE** (cf. *clino-* ; gr. *philia* „atașament”) ● Tendință de a sta în permanență culcat. Apare în afecțiuni organice, la bătrîni, denotînd, în general, un dezinteres sau o teamă de cotidian. În psihiatrie se descrie la personalități de tip psihastenic, în nevrozele cu manifestări hipocondriace, la isterici, unde are rolul de a trezi solicitarea anturajului. Astenia matinală a nevroticului, cu tendință de a rămîne în pat, traduce, de obicei, frica de a face față dificultăților. Clinofilia poate exprima și dezinteresul pentru viață (abulia melancolicilor, pragmatismul schizofrenilor).

413. **CLINOMANIE** (cf. *clino-* ; gr. *mania* „nebulie”) — sin. **LECTUROMANIE** ; **MANIA CITITULUI** ● Tendință și actul de a rămîne la pat, căutarea obsedantă a poziției culcat. În mod impropriu, dar oarecum justificat, manevra subiecțului de a-și masca manifestările prin luarea unei cărți drept paravan, mai poate fi întilnită în unele tratate clasice de psihiatrie sub numele de **MANIA CITITULUI**. În forma pură obsesională, clinomania este mai greu, dar nu imposibil, de întilnit. Apariția ei este, de obicei, asociată sau premergătoare altei situații patologice. Atunci cînd apare în adolescență, trebuie luată în considerare, în primul rînd, tendința la izolare ; cînd apare la subiecți în vîrstă, poate marca începutul unei involuții patologice. O atenție deosebită trebuie acordată asocierii ei cu claustrarea, semnificația fiind majoră. Nu este rară în cazul hipocondriilor, isteriei, mitomaniei, dar nu trebuie să excludem suportul organic, care poate fi o cauză foarte justificată.

În fine, psihanalistii au dat o altă explicație, interpretînd-o drept o regresie către comportamentul copilului în leagăn, o întoarcere la sînul și protecția maternă. Evident că nu în toate situațiile enumerate (în special, în cele

organice) un astfel de mod de a privi problema este cel puțin hazardat.

414. **CLINOTERAPIE** (cf. *clino-* ; gr. *therapeuein* „a îngriji”) ● Atitudine terapeutică depășită — cel puțin pentru psihiatrie —, păstrînd un interes istoric ; în accepțiunea psihiatrilor din secolul trecut, constă în repaus la pat și izolare, prin care, în cazul subiecților agitați și agresivi, se evită apariția unor noi surse de excitație. Desigur, mai poate prezenta interes pentru unele afecțiuni somatice, unde poate avea indicații obligatorii.

415. **CLITORIDIENE** — *crize* (cf. gr. *klein* „a închide”) ● Excitații dureroase, persistente, ale clitorisului, apărute fără stimulare sexuală, asemănătoare priapismului masculin. Au fost descrise de CHARCOT, BOUCHARD (1866) și SERIEUX (1891) în cadrul simptomatic al nevrozelor isterice sau al tulburărilor perceptiv-din psihozele halucinatorii cronice. Aceste crize sînt traduse de paciente ca raporturi sexuale, posesia avînd loc împotriva dorinței. În Evul Mediu, aceste crize erau legate de posesiile demonice ale demonilor masculini (incubus) sau feminini (succubus) și generau atitudini mult mai puțin rafinate decît în prezent.

416. **CLITOROFOBIE**^(F) (cf. gr. *kleion* ; *phobos* „frică”) ● Termen ce denumeste teama patologică, din gama claustrofobiilor, de a sta într-o încăpere cu ferestrele închise, „cu aer viciat”. Apare în nevroza obsesiv-fobică, la personalitățile dizarmonice de tip psihastenic.

417. **CLITOROMANIE** (cf. gr. *kleion* ; *mania* „nebulie”) ● Termen întilnit cu două accepțiuni : pentru autorii francezi (MICHAUX) este sinonim cu **CHIROMANIA** feminină, în timp ce pentru autorii englezi (L. HINSIE) este sinonim cu **NIMFOMANIA**.

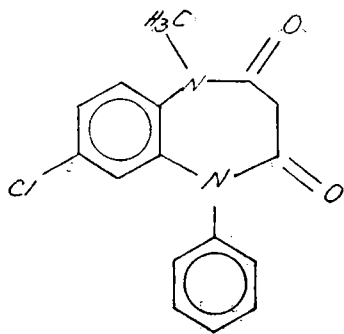
418. **CLIVAJ** (fr. *clivage*) ● Scindarea persoanei sau coexistența unor grupuri asociative distincte, organizate ulterior unei dezagregări psihice (JANET). Primele referințe se întilnesc la reprezentanții școlii medico-psihologice franceze (1843), BAILLARGER și MOREAU de TOURS caracterizînd procesele de dezintegrare, de structurare, de dedublare a personalității, sub influența drogurilor. Odată cu BLEULER, care l-a utilizat ca expresie simptomatică majoră a schizofreniei, termenul se încetățenește în limbajul psihiatric, prin analogie cu cel de disociație.

Psihanalitic, noțiunea definește un mecanism primitiv de apărare împotriva angoasei (M. KLEIN), constînd în scindarea obiectului

primar în „bun” și „rău” (clivajul obiectului), iar consecutiv introjecării obiectului, în scindarea Eului în „bun și rău” (clivajul Eului). După M. KLEIN, mecanismul intră în joc în ceea ce ea numește poziția depresivă (angoasă rezultând din pericolul fantasmatic de pierdere sau distrugere a mamei) și în poziția paranoid-schizoidă (angoasă de natură persecutivă). Termenul de poziție este preferat de M. KLEIN celui de stadiu. Pentru FREUD, noțiunea are mai mult o valoare descriptivă decât o valoare explicativă; fenomenul de clivaj al Eului ar fi consecința conflictului nerezolvat — plăcere-realitate, Eu-plăcere, Eu-realitate — și constă în coexistența a două atitudini contrare, care pot persista alături: o atitudine care ține cont de realitate și o atitudine care nu neagă realitatea (fetișism) sau creează alta în loc (psihoze).

419. CLOACAL (cf. lat. cloacă „canal de scurgere” — orificiu/cavitate) unică la unele specii animale, cu dublu rol, reprezentând segmentul final al fubului digestiv și al aparatului sexual) ● Termenul, introdus în circuit de psihanaliști (FREUD „Trei eseuri asupra teoriei sexualității”, în care menționea „Teoria cloacă care de fapt se verifică la atâtea animale este singura care se poate juxtapune copilului ca verosimilă”), nu are utilizare; oricum, la nevoie, nu trebuie apelat la el, noi dispunând de explicația cu barza (la fel de savantă, ca și precedenta).

420. CLOBAZAM^(DCI) ● Derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-



benzodiazepină-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei, dar, cu o deosebit de bună toleranță; efectele secundare pot fi considerate nule, ceea ce-i

conferă o largă paletă de utilizare, neexistând contraindicații. Nevrozele cu componentă anxioasă, cenesopată, psihosomatică, distoniile neurovegetative par a fi zona de utilizare cea mai propice. Prezintă avantajul de a putea fi folosit în condiții de ambulator; nu modifică reflexele conducătorilor auto. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CASTILUM ^(M)	Portugalia
CLARMYL ^(M)	Spania
CLOPAX ^(M)	Spania
FRISIUM ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Grecia, Italia, Mexic, R.F.G.
NOIAFREN ^(M)	Spania
URBANIL ^(M)	Portugalia
URBANYL ^(M)	Franța

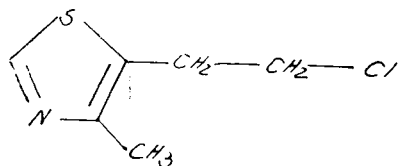
421. CLOBENZOREX^(DCI) ● Derivat feniletilaminat, de tip (+)-N-(0-clorbenzil)- α -metilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și valențe anorexigene, recomandat pentru buna sa acțiune în combaterea unor efecte secundare, prezente în cura neuroleptică de lungă durată. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ASENLIX ^(M)	Mexic
DINITEL ^(M)	Franța
FINEDAT ^(M)	Spania
REXIGEN ^(M)	Franța

422. „CLOCITOARE”^(S) sindrom ● Sindrom din medicina psihosomatică, prezent în timpul sarcinii la soții gravidelor. Studiile lui TRETOWAN și CONLON, citați de HAYNAL, au confirmat, pe loturi statistice, existența de tulburări psihogene diverse, într-o proporție semnificativă (11%). Dintre acestea cităm: nevralgii dentare, grețuri, vomismente, depresii și echivalențe depresive, amigdalite, sub rezerva unor posibile coincidențe sau a altor factori, neluăți în studiu de autori.

423. CLOFEKTON^(M) Japonia — DCI Clorcapramină ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă, reunind un segment identic al neurolepticelor sedative, specific derivaților butirofenonici (HALOPERIDOL), cu un segment al antidepressivelor timoleptice, specific derivaților dibenzazepinici (IMIPRAMINA), realizând în final o structură de tip 1'- β -(3-clor-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină-5-il)propil-/1,4'-bipiperidină/4'-carboxamidă, cu acțiune timoleptic-sedativă moderată. Indicat în psihogenii și reacții cu componentă depresivă, sindroame depresive consecutive sevrajelor și în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibate și delirante, în asocieri cu un neuroleptic sau antidepressiv, în funcție de tabloul clinic.

424. **CLOMETHIAZOLE^(DCI)** ● Derivat esterificat al tiaminei (vitamina B₁), de tip 5-(2-cloretil)-4-metiltiazol; cu acțiune anxiolitică, sedativă, antidepresivă și anticonvulsivantă; lipsit de efecte secundare, are o singură contraindica-



cație certă: intoxicație acută cu barbiturice. Indicat în alcoolism, delirium tremens, sevraj, nevroze, epilepsie (intercritic). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CLOMIAZIN^(M)	Elveția
DISTRANEURIN^(M)	R.F.G.
DISTRANEURINE^(M)	Elveția
HEMINEVRIN^(M)	Anglia, Danemarca, Finlanda, Iugoslavia, Suedia
HEMINEURIN^(M)	Australia
HEMINEURINE^(M)	Franța
HEMITHIAMIN^(M)	U.R.S.S.

425. **CLOMIAZIN^(M)** Elveția → **CLOMETHIAZOLE^(DCI)**

426. **CLOMIFENSIN^(M)** R.F.G. ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

● **NOMIFENSIN^(M)** — timoleptic, derivat aminic metilat

● **CLOBAZAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Acțiune antidepresiv-sedativă.

427. **CLOMIPRAMINE^(DCI)** ● Derivat dibenzazepinic, de tip 3-clor-5-[3-(dimetilamino)propil]-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină, cu structură chimică asemănătoare CLORPROMAZINEI, însă cu acțiune total diferită: antidepresiv timoleptic, anxiolitic, cu valențe în combaterea simptomatologiei hipocondriace. Indicațiile, efectele secundare și contraindicațiile sînt cele ale IMIPRAMINEI, dar acțiunea este mai rapidă (4–6 zile), toxicitatea mai redusă și toleranța mai bună. După MOREL MAROGER, efectele sale antidepresive ar fi cele mai apropiate de efectele terapiei convul-

sivante. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ANAFRANIL^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Spania, Turcia
HYDIPHEN^(M)	R.F.G.
MARONYL^(M)	Israel

428. **CLONAZEPAM^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic, de tip 5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, deschide o serie de tranchilizante cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și sedativă. Indicat în perioadele de sevraj al toxicomanilor, în epilepsie, petit mal, anxietate de intensitate nevrotică, cenesopatii. Efecte secundare minime și o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CLONEX^(M)	Israel
CLONOPIN^(M)	S.U.A.
IKTORIVIL^(M)	Suedia
RIVOTRIL^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, R.F.G., Spania, Turcia
LANDSEN^(M)	Japonia
RAVOTRIL^(M)	Chile
RIVORIL^(M)	Iugoslavia

429. **CLONEX^(M)** Israel → **CLONAZEPAM^(DCI)**

430. **CLONUS** (cf. gr. klonos „agitație”) ● Apariția spontană sau provocată a unor trepidații ritmice, ca urmare a alungirii bruste a unui tendon. Este înaltă în leziunile căii piramidale și are importanță pentru clinica psihiatrică în diagnosticul diferențial.

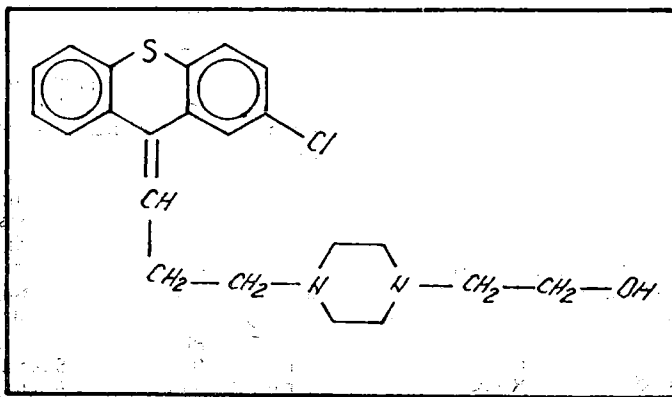
431. **CLOPAX^(M)** Spania — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei; indicat și în afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenesopate. Poate fi folosită în tratamentul ambulator, neinfluențînd reflexele conducătorilor auto.

432. **CLOPEMANIE** (cf. gr. klope „furt”) ● *mania „nebnunie”* → **CLEPTOMANIE**.

433. **CLOPENTIXOL^(DCI)** ● Derivat tioaxantenic, de tip 4-[3-(2-clortioxanten-9-iliden)propil]-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă și superioară de 4–5 ori CLORPROMAZINEI,

cu valențe antiemetice și spasmolitice; acțiunea sa antipsihotică este inferioară clasei. Efectelor secundare de tip incisiv li se adaugă și hipotensiunea. Constituie principiul activ al următoarelor produși farmaceutici:

când a fost înlocuit de barbiturism. Forma torpidă se manifestă prin bradipsihie, confuzie, iar forma agitată prin iritabilitate, anxietate, somnambulism, fiind descrise și cazuri de delirium tremens cloralic. Cloraloza poate induce și



- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ● STANDARD | |
| CIATYL ^(M) | R.F.G. |
| CISORDINOL ^(M) | Olanda |
| CLOPIXOL ^(M) | Elveția |
| CLOPIXOL TABLETS ^(M) | Anglia |
| SORDENAC ^(M) | Austria |
| SORDINOL ^(M) | Iugoslavia |
| THIAPAX ^(M) | Israel |
| ● DEPOT | |
| CIATYL DEPOT ^(M) | R.F.G. |
| CISORDINOL DEPOT ^(M) | Suedia |
| CLOPIXOL ^(M) | Anglia |
| CLOPIXOL DEPOT ^(M) | Elveția |
| CLOPIXOL INJECTION ^(M) | Anglia |
| SORDINOL DEPOT ^(M) | Elveția |
| SORDINOL RETARD ^(M) | Austria |

434. **CLOPIBEN^(M)** Cehoslovăcia — DCI Clorotepină ● Neuroleptic incisiv, derivat dibenzotipinic de tip 1-(8-clor-10,11-dihidro-dibenzo/b,f)tiopin-10-il)-4-metilpiperazină.

435. **CLORACIN^(M)** Spania — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetil-aminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN^(M)**.

436. **CLORALISM** (de la clor; cf. gr. *chlōros*, „verde”) ● Intoxicație cu cloralhidrat. **ANTHEAMME**, **CLÉRAMBAULT**, **POROT** au descris cloralismul, devenit mai rar astăzi,

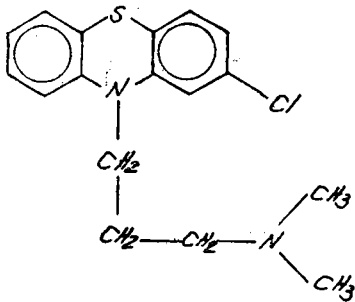
come cu prognostic în general bun, cu o fază inițială de somn, urmată de o fază de agitație psihomotorie, cu secuse musculare faciale și, în final, somn profund din care subiectul se trezește cu amnezie.

437. **CLORAZEPATO DIPOTASICO^(M)** Argentina — DCI Dipotassium clorazepate ● Tranșchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele sedativ-hipnotice mai modeste îi conferă o largă utilizare.

438. **CLORDELAZIN^(M)** România — DCI Chlorpromazină ● Neuroleptic sedativ — de altfel primul neuroleptic introdus în terapie (1952, LABORIT, DELAY și DENIKER) — derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină), de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică, fără a induce în mod obligatoriu somnul. Indicat în combaterea stărilor de agitație psihomotorie, are și proprietăți antipsihotice; este eficient în psihoze toxice (mai ales în cele alcoolice), reacții, decompensări ale personalităților dizarmonice și în psihogenii (în special, forme anxioase și obsesive). Prezintă efecte secundare de tip colinergic, tahicardie, dispnee, amenoree, hipotensiune, hipertermie, scăderea performanțelor sexuale, agranulocitoză, care însă pot fi combătute. De menționat timpul de acțiune, aspect de obicei neglijat. Contraindicat în depresie și intoxicația acută

alcoolică. Produși farmaceutici similari sint:

ACEMIN^(M) Japonia
 AMPLIACIL^(M) Argentina
 AMPLICTIL^(M) Brazilia



ANADEP^(M) Noua Zeelandă
 ANCHOLACTIL^(M) Grecia
 ANTISTRESS^(M) S.U.A.
 ASPERSINAL^(M) Argentina
 BACNIN^(M) Japonia
 BISCASIL^(M) Grecia
 CHLEMAZIN^(M) Japonia
 CHLORACTIL^(M) Anglia
 CHLORAZIN^(M) Elveția
 CHLORPROMADOS^(M) R.F.G.
 CHLOR-PROMANYL^(M) Canada
 CHLORPROM-EZ-ETS^(M) Canada
 CHLOR-PZ^(M) S.U.A.
 CLORACIN^(M) Spania
 CLOROPROMACIN^(M) Mexic
 CLORPRAZIN^(M) Brazilia
 CLORPROMAZIN^(M) Iugoslavia
 CLORPROMAZINA^(M) Spania
 CONTOMIN^(M) Japonia
 COMITON^(M) Japonia
 CROMEDAZINE^(M) S.U.A.
 DOIMAZIN^(M) Japonia
 ELMARINE^(M) Canada
 FENACTIL^(M) Polonia
 HIBANIL^(M) Suedia
 HIBERNAL^(M) Ungaria
 HIBERNAL RETARD^(M) Suedia
 HIBERNALETTA^(M) Ungaria
 ISHITOMIN^(M) Japonia
 KLORAZIN^(M) Finlanda
 KLORAZINE^(M) S.U.A.
 KLORPROMAN^(M) Finlanda
 KLORPROMAN EMBONAT^(M) Finlanda
 KLORPROMAZIN^(M) Danemarca
 KLORPROMEX^(M) Suedia

KOMAZINE^(M) S.U.A.
 LARGACTIL^(M) Anglia*
 LARGAPROMACTIL^(M) Grecia
 MEGAPHEN^(M) R.F.G.
 NEO-MAZINE^(M) Egipt
 NEVROPROMAZINE^(M) Grecia
 NORCOZINE^(M) Japonia
 ONAZINE^(M) Canada
 OPROMAZIN^(M) Japonia
 PANSEDIL^(M) Portugalia
 PHENACTYL^(M) Polonia
 PLEGOMAZIN^(M) Ungaria
 PRAZIL^(M) Danemarca
 PROCALM^(M) Australia
 PROMACHEL^(M) S.U.A.
 PROMACHLOR^(M) S.U.A.
 PROMACID^(M) Australia
 PROMAPAR^(M) S.U.A.
 PROMAZINA^(M) Italia
 PROMAZINE^(M) Coreea
 PROMEXIN^(M) Japonia
 PROMOSOL^(M) Canada
 PROPAPHENIN^(M) R.D.G.
 PROTRAN^(M) Australia
 PROZIL^(M) Danemarca
 PROZIN^(M) Italia
 PSYCHOZINE^(M) S.U.A.
 PSYLACTYL^(M) Finlanda
 SAICOSTIN^(M) Japonia
 SCIERACTIL^(M) Anglia
 SEDATIL^(M) Finlanda
 SEPAMIN^(M) Coreea
 SERAZONE^(M) Australia
 SOLIDON^(M) Grecia
 SONAZINE^(M) S.U.A.
 TAROCTYL^(M) Israel
 TERPIUM^(M) S.U.A.
 THORAZINE^(M) S.U.A.
 TRANQUIL^(M) Franța
 WINTERMIN^(M) Japonia
 ZULEDIN^(M) Grecia

439. **CLORIXIN^(M)** Italia — DCI Hidroxi-zin • Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 2-[2-(4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil)-etoxi]etanol, cu acțiune sedativă centrală, anti-histaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

440. **CLORMEZANONE^(DCI)** • Derivat ciclomezazonă, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă-1,1-dioxid. Are o

* este produs și în următoarele țări: Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Turcia.

acțiune miorelaxantă principală și anxiolitică — secundară, fiind considerat primul miorelaxant, în adevăratul sens al cuvântului. Indicațiile sale sînt reprezentate de nevrozele motorii, crampele musculare, torticolis, spasme. Nu are contraindicații. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

AGNOLET ^(M)	Grecia
ALINAM ^(M)	Franța
BANABIN ^(M)	Italia
CHLOMEDINON ^(M)	Japonia
CHLORMEZANON ^(M)	Cehoslovacia
FENAROL ^(M)	S.U.A.
IREMIDON ^(M)	Grecia
LOBAK ^(M)	Marea Britanie
LUMBAXOL ^(M)	Spania
METSAPAL ^(M)	Finlanda
MUSCOTAL ^(M)	Finlanda
MUSKEL TRANCOPAL ^(M)	R.F.G.
MYOLESPEN ^(M)	Japonia
NEUROTON ^(M)	R.D.G.
NEVROSTOP ^(M)	Grecia
PSYPHOGEN ^(M)	Grecia
RELIZON ^(M)	Japonia
REXAN ^(M)	Italia
RILAQUIL ^(M)	Italia
SUPOTRAN ^(M)	Franța
TANAFOL ^(M)	Italia
TONOBRON ^(M)	Grecia
TRANCOLAX ^(M)	Coreea de Sud
TRANCOPAL ^(M)	Austria*
TRANCOTE ^(M)	Japonia
TRANRILAX ^(M)	Italia
TRANSANATE ^(M)	Japonia
TRILAX ^(M)	Coreea de Sud

441. CLORPRAZIN^(M) Austria și CHLOROPROMACIN^(M) Mexic și CLORPROMAZINA^(M) Spania — DCI *Chlorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

442. CLORURA DE METIL — *Intoxicație* ● Substanța ca atare are largă utilizare, atît în laborator, cit și în industrie (agregate frigorifice) și fiind foarte volatilă, poate produce rapid intoxicații grave. Semnele intoxicației cronice sînt reprezentate de : astenie, cefalee, insomnii, cenestopatii diverse, anxietate difuză, la care se pot adăuga modificări neurovegetative,

* este produs și în următoarele țări : Belgia, Canada, Suedia, Franța, Grecia, S.U.A.

ușoară dizetrie și discromatopsie. Dozele mari pot fi letale.

443. CLORURORAHIE (cf. cloruri ; gr. *rachis* „șira spinării”) ● În lichidul cefalorahidian, clorul și compușii săi sînt prezenți în mod fiziologic, cu valori cuprinse între 120—130 mEq/l. Oscilațiile acestor valori au o valoare diagnostică redusă, înregistrîndu-se scăderi numai în cazul meningitelor bacteriene și bacilare, spre deosebire de meningitele virale, în care rămîn nemodificate, după unii autori (element de finețe în diagnosticul diferențial) și în restul afecțiunilor cerebromeningiene, valorile rămîn nemodificate.

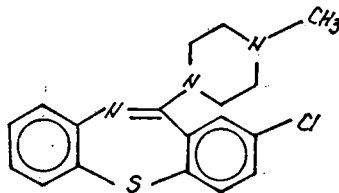
444. CLOSERPIL^(M) Spania ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează și este compus din :

● CLORPROMAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;

● RESERPINA^(M) — neuroleptic, derivat de *Rauwolfia*. Acțiune sedativ-anxiolitică.

445. „CLOSING-IN” (engl. *close in* „a închide, a îngrădi”) ● Reprezintă un semn de apraxie constructivă, relevat de proba copierii unui desen sau a unei construcții după un model, constînd în imposibilitatea realizării acestora. Descris de MAYER-GROSS, ulterior de AJURIA-GUERRA, este determinat de leziuni bilaterale, îndeosebi parietale, sau de leziuni unilaterale largi, în emisfera stîngă.

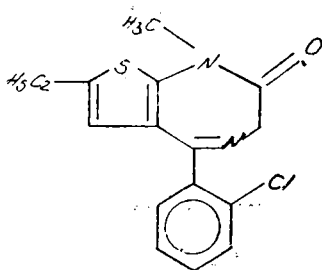
446. CLOTIAPINE^(DCI) ● Derivat benzodiazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)



dibenzo[*b,f*]1,4-tiazepină, cu dublă acțiune : inițial, anxiolitic-sedativă și, în continuare, antipsihotică. Efectele secundare sînt cele ale NL incisive, cărora li se adaugă și hipotensiunea. Nu se administrează în psihiatria organică și la vîrstnici. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

DELITON ^(M)	Japonia
ENTUMIN ^(M)	Italia
ENTUMIN(E) ^(M)	Elveția
ETUMINA ^(M)	Spania
ETUMINE ^(M)	Franța
PSYCHOSON ^(M)	Grecia

447. CLOTIAZEPAM^(DCI) ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-clorfenil)-7-



etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno[2,3-e]-1,4-diazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică principală și sedativă — secundară. Trebuie avut în vedere pericolul dependenței, precum și apariția sevrajului la întrerupere totală. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

DISTENSAN ^(M)	Spania
LIEZE ^(M)	Japonia
RIZE ^(M)	Japonia
TRECALMO ^(M)	R.F.G.

448. CLOVNERISM (engl. *clownery* „bufonerie“) ● Tulburări motorii de tipul contorsionilor și al mișcărilor ample, care caracterizează faza a doua (prima fiind perioada epileptoidă) a marii crize isterice Charcot.

Accident paroxistic de tipul crizelor excitomotorii, tabloul clinic, ce poartă numele marelui psihiatru de la Salpêtrière, cuprinde și această secvență, în care subiectul, — de obicei, femeie — ia atitudini bizare, prin contorsionare (de altfel, cirul cunoaște acest gen de reprezentăție), cel mai frecvent în arc de cerc. Momentele următoare sînt marcate de mișcări ample de flexie și extensie a trunchiului, cu arcuire bruscă spre spate și emiterăa unor sunete puternice. Sînt posibile mișcări și gesturi care sugerează „lupta contra unei ființe imaginare“ (subiectul se lovește, se mușcă, își smulge părul din cap). Această fază este apoi urmată de perioada atitudinilor pasionale (mimarea unor

scene violente sau erotice) și de perioada terminală (revenirea la starea rigidă). Tot clownerism pot fi considerate unele manifestări din cadrul altor tulburări majore (psihotice) isterice: sindromul Ganser și sindromul poznelor (Faxensyndrom).

449. CLOWN^(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PAIAȚĂ^(S) *sindrom*.

450. CLOXAN^(M) Finlanda — DCI Clorproixenă ● Neuroleptic, derivat tioxantenic, de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantena- Δ^9 - γ -propilamină, cu acțiune polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolică și cu valențe antidepressive. Efecte secundare mai modeste decît a celorlalte tioxantene.

451. CLOZAPINE^(DCI) ● Derivat dibenzodiazepinic, de tip 8-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)-5H-dibenzol[b,e]-[1,4]diazepină, cu acțiune neuroleptic sedativă marcată, cu efecte secundare modeste, de tipul celor produse de LEVOMEPRUZINA; nu are nici un fel de efect secundar neurologic. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

LAPENAX ^(M)	Elveția
LEPONEX ^(M)	Iugoslavia
LEPOTEX ^(M)	Anglia

452. CLUB SOCIOTERAPIC ● În cadrul diferitelor tipuri de strategii specifice acțiunilor terapeutice sînt folosite grupurile de tratament (grupurile de activitate, terapeutice și psihoterapeutice, cluburile socioterapeutice), avînd finalitatea de a influența pozitiv starea de sănătate a anumitor categorii de bolnavi.

În aceste cazuri, grupul se impune atît ca obiect al tratamentului, cît și ca principal agent terapeutic. Strategiile terapeutice proprii clubului socioterapic cuprind, alături de virtuțile recuperatorii proprii terapiliilor ocupaționale prin muncă, și pe cele realizate prin artă, jocuri distractive etc. Toțiși, „grupurile terapeutice“ cele mai răspîndite sînt cele a căror activitate esențială are caracterul muncii productive. Aceasta corelează, la rîndul ei, cu direcțiile de acțiune psiho-socio-terapeutice, mai ales dacă se are în vedere urmarea efectelor terapeutice restructurante în planul comportamentului uman: asimilarea unor modele soți-comportamentale în raport cu munca, a unor conduite sociale și a unor noi mentalități și atitudini, precum și a sentimentului psiho-social al participanților la viața colectivității umane, al posibilităților de autorealizare în activități sociale utile (T. SIVADON, S. POLLIN, S. TOURNAUD).

Pentru a realiza un efect socio-terapeutic eficace, este important ca ansamblul acțiunilor profilactice și curative ale obiectului socio-terapeutic să genereze și să cultive climatul psihosocial pozitiv. Aceasta înseamnă respectarea unor principii indispensabile oricărei socioterapii și anume : realizarea unui consens armonios și deplin cu autenticele valori sociale și umane ; permisivitatea (cerința unei înțelegeri mai elastice, mai solvante a bolnavului) ; democratismul (participarea pacienților cu anumite responsabilități de ordin administrativ și terapeutic) ; realismul (desfășurarea unor acțiuni firești, adaptate unui mod autentic de viață și activitate, apropiat de viața obișnuită, din afara instituției spitalicești).

În sfera cerințelor de bază ale clubului socio-terapeutic se pot menționa și următoarele exigențe : necesitatea de a asigura un program activ, permanent ; prin ocuparea integrală a timpului bolnavului ; activitățile socioterapice își amplifică eficacitatea dacă ele cuprind drept element integrativ sau dominant, ergoterapia și ansamblul formelor de terapie ocupațională ; utilizarea unui sistem armonios de acțiuni socioterapice, care să se caracterizeze prin : diversitate, variabilitate, stil creativ cu conținut și orientare similare sarcinilor de muncă și creație .

S-a constatat că acțiunile socioterapice care antrenează simultan diferitele elemente ale terapiei ocupaționale (inclusiv culterapia, meloterapia și, în genere, artterapia), amplifică efectele terapeuțice ale acestor programe recuperatorii. Extinderea sferei de interrelație și interacțiune în grup, constituie un deziderat cu valoare de principiu al clubului socioterapic (și, în general, în socioterapie), menit să confere echilibrul, sentiment de independență și libertate de acțiune, capacitate de inițiativă. Acestea presupun drept cerință diminuarea ponderii legăturii univoce medic-pacient, a caracterului ei uneori autoritar, stimulind și amplificând preocuparea colectivă pentru progresul situației pacienților (Indeosebi pentru activizarea potențialului restant, element important al realității psihosociale a bolnavilor).

453. CLYTEMNESTRA — complex ● Clytemnestra, personaj al mitologiei și literaturii grecești, este fiica lui Tyndarus și a Ledei, sora Helenei și a lui Castor și a lui Pollux, soția lui Agamemnon, mama Iphigeniei, a Electrei și a lui Orestes. În Odiseea, Clytemnestra apare ca o femeie onestă, care rezistă mult timp „avansurilor” lui Egistus, în timp ce Agamemnon era plecat la asediul Troiei. În cele din urmă, Clytemnestra îi cedează lui Egistus și, împreună cu acesta își ucide soțul. Tot

Clytemnestra o ucide pe Cassandra, amanta pe care Agamemnon o adusese din Troia. Peste șapte ani, Orestes își răzbună tatăl, ucidându-l pe Egistus și pe Clytemnestra.

Termen psihanalitic, complexul Clytemnestra desemnează acel complex ale cărui manifestări se centrează pe fantasma sau dorința patologică (mai mult sau mai puțin înconștientă) a soției de a-și ucide soțul, în cazul în care urmărește o relație erotică cu un alt partener. Fantasma uciderii soțului se poate lega de culpabilitatea generată de tendința spre infidelitate a soției sau poate trimite la dorința femeii de posesiune exclusivă a partenerului. Complexul Clytemnestra este rar întâlnit în literatura psihanalitică ; practic este vorba mai mult de un simptom, a cărui analiză conduce, probabil, spre unul dintre marile complexe.

454. COARTAT/COARTATIV (cf. co- „împreună cu” ; lat. *artare* „a strânge”) ● Termen care desemnează două dintre cele cinci tipuri de rezonanță intimă, stabilite de H. ROR-SCHACH în testul său, după raportul (și diferența) dintre suma răspunsurilor kinestezice și suma răspunsurilor — culoare. Tipul coartat : $K/C = 0/0$. Tipul coartativ : $K/C = 1/1$. Ambele tipuri aparțin subiecților caracterizați esențial printr-o refractare globală a personalității, cu retragerea intereselor vitale, a investițiilor psihice, în plan cognitiv, motivațional, afectiv și relațional. Coartatul și coartativul apar, ca tipuri de rezonanță intimă, în următoarele cazuri : la subiecți care prezintă mecanisme de refulare foarte puternice ; la subiecți care se supun probei în mod forțat, păstrind o atitudine accentuată de rejecție (poate fi expresia transferului negativ la examinator sau o modalitate defensivă, parțial conștientă) ; la copii sau la bătrâni ; la psihotici, în special în stadiile defectuale avansate ; în sindroamele psihoorganice ; în sindroamele depresive. H. ROR-SCHACH și rorschachiienii consideră tipul de rezonanță intimă ca fiind stabil pentru un individ dat. El poate fi modificat situațional, datorită unor factori de moment (oboseală, șoc afectiv), dar modificarea nu este esențială pentru adultul normal. Evoluția tipului de rezonanță urmează evoluția personalității : copilul este extratensiv sau coartat ; la pubertate și la bătrânețe se întâlnesc tipurile coartative ; la adolescenți predomină tipul intratensiv (sau introversiv). Tipurile de rezonanță intimă ale lui ROR-SCHACH nu reprezintă esențial modalități de conduită, și modalități de a resimți (deci ele se referă, în primul rând și în mod direct, la stilul afectiv al persoanei, și abia în al doilea rând,

indirect, la stilul comportamental). Coartatul și coartativul caracterizează personalitatea rigidă sau blocată, săracă sau epuizată, o personalitate care a suferit modificări în ceea ce privește sursa afectivă proprie, ale cărei legături cu sursa emoțională au fost rupte sau blocate, sau a cărei sursă emoțională este, prin ea însăși, deosebit de redusă.

455. **COBAI SOCIAL** (fr. *cobaye* „mamifer rozător”; rozător din familia *Cavidae* originar din Brazilia, utilizat în medicina experimentală) ● Termen pe care îl propunem pentru a desemna inducerea unui subiect într-o situație dificilă, în scopul de a testa o reacție a unui grup sau a unei persoane, în împrejurări ce pot fi periculoase indusului, dar fără urmări pentru inductor. Situația este întâlnită în cazul personalităților slabe, dar averse de putere, care nu îndrăznesc să-și asume nici un risc, dar se folosesc de întreaga lor forță de persuasiune, pentru a-i determina pe alții să o facă.

456. **COCAINĂ/COCAINOMANIE** (de la coca „arbusc de coca”, împrumutat în sp. din limba unor indigeni din Argentina) ● Frunzele arbustului de coca sînt cunoscute și consumate, de peste 3 000 de ani, de către locuitorii unor zone întinse din America de Sud. Mestecarea lor duce la îndepărtarea senzației de oboseală, foame, sete și durere, realizînd o stare de euforie. Alcaloidul conținut de frunze (*erythroxylo* coca) a fost izolat de RIZZI și, ulterior, sintetizat de MIEMAN (1860). Introducerea sa în terapie, ca anestezic local, o datorăm lui RECLUS (1857). Industria farmaceutică îl preia rapid, producînd o gamă largă de produse, dar și țigarete cu adaos de cocaină (Compania Parke-Davis, Detroit).

Firmele farmaceutice au fost urmate, în folosirea cocăinei, de cele comerciale. În a doua jumătate a secolului trecut și în prima jumătate a secolului nostru, era în mare vogă vinul Mariani, băutura tonifiantă conținînd cocaină, printre al cărei consumatori se numărau Sarah Bernhardt, arhitectul Frederick Auguste Bartholdi (constructorul statuii Libertății), Jules Verne, Emile Zola, papii Leon al XIII-lea și Pius al X-lea (I. SUCEAVA și P. OLARU — 1986).

Considerată a fi apanajul „lunii bune”, al intelectualității, utilizarea cocăinei cuprinde și clasele mijlocii, detronînd pentru un timp morfina (dar, ca orice „suveran-tiră”, cocaina va fi și ea, la rîndul ei, detronată de heroină). La această largă răspîndire contribuie în bună măsură, comercializarea uneia dintre cele mai răspîndite băuturi răcoritoare :

coca-cola, în care „întreprinzătorul producător” introducea cocaină pură (pînă în 1903, cînd este interzisă folosirea cocăinei). Dar nu numai comercianții i-au făcut o reclamă deosebită: lumea medicală a fost și ea cucerită de calitățile anestezice, euforizante ale cocăinei; folosind-o în mod abuziv. La un moment dat cocaina era utilizată în sevrul morfinomaniei — nerealizîndu-se decît înlocuirea unei toxicomanii printr-o alta, la fel de tiranică (FREUD a încercat vindecarea unui caz „de morfinomanie prin înlocuirea ei cu cocaină, obținînd aceleași rezultate”).

După prohibirea ei, traficul clandestin a cunoscut o înflorire deosebită, în ciuda prețului ridicat de desfacere pe piață*. Cocaina este considerată (ziarul „Time”) drept „caviarul pieței drogurilor”, „șampania drogurilor”, „stupefiant de elită” (Le point), drogul predilect al celor bogați.

Prima descriere a intoxicației acute cu cocaină a făcut-o, în 1909, G. de CLÉRAMBAULT. Intoxicația acută parcurge trei faze :

- *faza euforică* : subiectul este dominat de stare de euforie excepțională, caracterizată prin lipsa oricărei senzații de oboseală sau durere, prin bună dispoziție, dispariția oricărei griji, lipsa nevoii de somn. Fluxul ideativ se accelerează, apare logoreea, dar și tulburări vizuale (midriază, neclaritatea vederii), tulburări circulatorii și respiratorii. Deși la prima vedere, în condițiile arătate, „par a nu exista pericole”, în realitate, în cazul supradozării, poate surveni decesul prin comă hipertermică ;
- *faza confuzională* : conduce la treptata desprindere a subiectului de realitate și la retragerea într-o lume a halucinațiilor (vizuale, auditive, tactile), de aspect cu conținut în genere plăcut : „praf de aur, miliarde de stele, ploaie de insecte mici” etc.; pe care, ulterior, subiectul regretă că a părăsit-o ;
- *faza de torpoare* se manifestă printr-o stare de epuizare puternică, de apatie, somnolență și somn, așa-numita satisfacție hedonică hipnagogică. Încheierea ei duce la instalarea unei stări de disconfort, care poate fi înlăturată cu o nouă doză.

*. Date furnizate de O.N.U. demonstrează extinderea culturilor „în primul rînd datorită rentabilității” (1 ha de cultură produce 1 000 kg frunze, din care se extrag 2 kg bază de cocaină, prin a cărei comercializare ilicită se obține un profit de 1 milion dolari).

Ca pentru orice drog, intoxicația cronică parcurge inevitabilă gradualitate a obișnuinței, creșterea dozelor, necesitatea imperioasă de drog conducând la deteriorarea fizică și psihică. În funcție de cantitatea de drog consumată, cocainomanii sînt: „micii” cocainomani care prizează aproximativ 1 g/zi; cocainomanii „mijlocii” care prizează 1—3 g/zi și „marii” cocainomani, care folosesc mai mult de 10 g drog zilnic.

Rapid, în maximum 2 ani, se instalează semnele fizice și psihice ale deteriorării: o scădere în greutate, scăderea rezistenței generale a organismului, tulburări de percepție (iluzii, halucinații vizuale, auditive și tactile caracteristice) degradare morală, perversiuni sexuale, modificări comportamentale.

Tratamentul cocainomaniei impune cura de sevraj, care din cauza rarității accidentelor grave de tip cardiocirculator, se poate face brusc. Greutatea este de a-l menține pe cocainoman într-un mediu izolat, cel puțin un an, împiedicîndu-l să vină în contact cu drogul. Rezultatele sînt însă departe de a fi încurajatoare. Apar frecvent recăderi, și, cum istoria pare a se repeta, așa cum cocaina a luat locul morfinei, „toxicomanul vindecăt” va înlocui cocaina cu heroina.

457. **CO-CAPS IMIPRAMINE^(M)** Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-β-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă; este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum 3 luni, în psihoze, 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

458. **COCCIGODINIE** (cf. gr. *kokkyx* „coccis”; *dine* „virtje”) — sin. COCCIDINIE ● Algii cu caracter rebel și penibil, localizată în regiunea coccigiană, prezentă aproape exclusiv la femei și interpretată deseori drept cenestopatie. Are drept cauză curentă deplasările coccisului produse de nașteri.

459. **COCKAINE^(S)** *sindrom* — sin. COCKAINE^(S) boală ● Oligofrenie cu transmisie autosomal-recesivă, asociată cu multiple alte handicapuri: microsomie, hipotricoză, fotosensibilitate, diminuarea țesutului adipos subcutanat, subțierea tegumentelor, hipocuzie, defecte craniofaciale (facies cu cicatrice de aspectul „ciupiturii de vărsat”, exoftalmie,

nas ascuțit, prognatism, retinopatie degenerativă) și scheletale. (membre lungi, arcuite). A fost descris în 1936. Prognosticul este nefavorabil.

460. **CO-CONȘTIENT** (cf. co- „împreună cu”; lat. *conscire* „a ști bine”) ● În concepția lui M. PRINCE, termen avînd scopul să desemneze sistemele alterne de gîndire și acțiune, care pot apărea involuntar înscrierea automată sau pot fi consecutive și complementare, înlocuindu-se unele pe altele, la personalitățile alterne.

461. **COD** (cf. lat. *codex* „carte, registru, tăbliță de scris”) ● Este un ansamblu sistematizat și unitar de semne, semnale și simboluri, împreună cu regulile lor corecte de întrebuințare. În matematică codul binar întrebuințează drept simboluri șiruri de cifre 0 și 1, corespunzătoare stărilor fizice de contact deschis sau închis, de lampă stinsă sau aprinsă etc. Codul complementar și codul direct sînt întrebuințate la mașinile de calcul pentru reprezentarea numerelor subunitare scrise sub formă binară. În teoria informației, codul reprezintă modul de scriere, transcriere sau de memorizare a unui mesaj. În genetică, el se referă la corespundența care există în timpul procesului de translație între grupele de baze azotate din ARN-mesager și aminoacizii incluși în proteinele sintetizate (adenină, citozină, guanină, uracil). Codul genetic are următoarele caracteristici: este tripletic (adică sînt necesari trei nucleotizi pentru a codifica un singur aminoacid); este de tipul „fără acoperire” (non-overlapping), în care codonii adiacenți (secvența a trei nucleotizi), nu au nucleotizi în comun; este de tipul „fără virgule” (în care codonii sînt adiacenți, fără a exista nucleotizi necodificatori, cu rol de separare a codonilor); este puternic degenerat (majoritatea aminoacizilor sînt codificați de mai mulți codoni).

462. **CODABILITATE** (cf. lat. *codex*; *habilitas* „aptitudine, facultate”) ● Termen introdus de R. W. BROWN și E. H. LENNEBERG, pentru a exprima diferența între accesibilitatea diferită a noțiunilor. Aceeași categorie de obiecte sau fenomene (desemnat) poate fi codificată diferit, în limbi diferite, asociîndu-se mai multe cuvinte (desemnante) ale căror sfere semantice nu sînt identice. O denumire este

expeditivă dacă este alcătuită dintr-un singur cuvânt. Astfel, în limba română nu există o denumire expeditivă pentru culoarea „roz sidefiu”, ci ea este definită printr-o combinație de cuvinte, fiecare în parte însemnând altceva. De asemenea, în limba română există o singură denumire expeditivă pentru zăpadă, în timp ce la eschimoși se cunoaște o multitudine de denumiri expeditivă pentru zăpadă, definind diferite „calități” de zăpadă, datorită diferențelor privind experiența de viață. Cei doi autori citați au demonstrat experimental că este mai ușor să-ți amintești de un obiect (în orice limbă) și implicit să-l recunoști, dacă există o denumire expeditivă pentru aceasta, noțiunea fiind cu atât mai accesibilă cu cât și-o amintești mai ușor.

Scăderea atenției și memoriei de evocare din sindromul neurastenic este însoțită și de o diminuare a accesibilității noțiunilor. În sindroamele confuzionale are loc o abolire tranzitorie a accesibilității pentru majoritatea noțiunilor, rezultatul fiind scăderea pronunțată a capacității de recunoaștere a realității obiective. În sindroamele deteriorative, accesibilitatea dispăre treptat pentru diferite noțiuni, începând cu cele mai abstracte.

463. **CODELIRANT** (cf. co- „împreună cu” ? lat. *delirare*) ● Persoană care participă la un delir colectiv sau la un delir în doi. Termenul îi aparține lui G. de CLÉRAMBAULT.

464. **CODET Henri** (1889—1939) ● Ilustru psihiatru francez, cu o formație culturală multilaterală (pasionat de filozofie). Se formează ca psihiatru sub influența operei lui P. JANET și sub îndrumarea lui MAILLARD (la Bicêtre), a lui SÉGLAS și SOUQUES (la Salpêtrière). Prima sa lucrare, publicată în 1921, se referă la colecționism („Colecționismul normal și cel patologic”) și este urmată, la un interval de 4 ani, de „Précis de Psychiatrie”. În perioada publicării acestor lucrări a fondat grupul „Evoluția psihiatrică”. Domeniile spre care a fost atras în mod deosebit sînt tulburările afectivității și isteria. El folosește termenul de schizofrenie într-o accepțiune diferită de cea curentă în epocă, lansată de PICHOT, înțelegînd prin aceasta discordanța existentă între o evoluție excelentă a intelectului și o afectivitate conservatoare, caracterizată prin reactivitate de tip infantil. Despre isterie el afirmă că aceasta nu este altceva decît un mod de manifestare a revendicării afective a individului incapabil de adaptare.

465. **CODIFICARE** (fr. *codifier*) ● Transmisiile a informației într-un anumit limbaj aparținînd unui cod. Operația inversă este decodificarea. În biologie, a fost studiat procesul de codificare a stimulului la nivelul receptorilor (mecanoreceptori, termoreceptori etc.), care au structuri specializate, răspunzînd diferențiat, în funcție de intensitate, desfășurarea temporală și distribuția spațială a acestuia. Afectarea procesului de codificare poate avea loc în afecțiunile neurologice soldate cu tulburări de comunicare la nivelul limbajului natural (centrul vorbirii, al scrisului), dar și în boli psihice, ca schizofrenia, care alterează semnificația componentelor lexicului și regulile gramaticale (neologismele, paragramatismul etc.). Aceste aspecte sînt observabile la prima vedere, dar în toate afecțiunile psihice în care este interesată în mod predominant gîndirea, există în mod cert și modificări ale sistemului de codificare propriu fiecărei ființe umane.

466. **COEFICIENT INTELECTUAL** (fr. *coefficient*) ● Unitate de măsură folosită de psihologi pentru evaluarea nivelului intelectual al unei persoane. Noțiunea este introdusă de W. STERN, în 1912, și este definită drept raportul dintre vîrsta mintală a unui individ (determinată prin numărul probelor reușite la nivelul său de vîrstă) și vîrsta sa cronologică. Coeficientul intelectual a fost introdus cu scopul de a înlătura unele neajunsuri pe care le implică noțiunea de vîrstă mintală. El ne indică locul în care se plasează un individ, atunci cînd este comparat cu alți indivizi de aceeași vîrstă, în privința inteligenței. Coeficientul intelectual a fost considerat inițial ca fiind fix și imuabil. Cercetările ulterioare au stabilit însă că el este determinat și de condițiile socio-culturale, de nivelul educațional, de nivelul dezvoltării întregului organism. Utilizarea coeficientului intelectual ca măsură a inteligenței este atît de largă, încît acesta este confundat cu însăși inteligența. ANASTASI (1976) atrage atenția asupra faptului că semnificația coeficientului intelectual variază în funcție de testul aplicat, el fiind expresia capacității de rezolvare sarcini foarte diferite. Coeficientul intelectual nu are o valoare explicativă, el neputînd să justifice cauzele și motivele realizării sau nerealizării performanțelor la teste. De aceea, transferarea semnificației unui coeficient intelectual în viața de toate zilele trebuie făcută cu prudență, luîndu-se în considerare și alte aspecte ale personalității. În clinică, utilizarea coeficientului intelectual este legată, mai ales, de depistarea deficiențelor mintali.

467. **COENOTIMIE** (cf. gr. *koinos* „comun“; *thymos* „spirit“) ● Termen introdus de GUIRAUD, pentru a desemna timia fundamentală și globală, ale cărei variații sînt în funcție de întregul organism și, în același timp, de modificările exterioare.

468. **COENZIME** — sistem *nervos central* (SNC) ● Componente structurale neproteice ale enzimelor de natură heteroproteică, aceste substanțe au rolul de a desăvîrși reacțiile chimice catalizate de enzime. Din punct de vedere chimic, coenzimele provin din vitamine hidrosolubile (B_1 , B_2 , PP, B_6 , acid pantotenic, biotină, acid folic, B_{12} , C etc.). O altă categorie este reprezentată de coenzimele metalice (Cu, Zn, Mn, Fe, Mg, Co, Ca). Un loc deosebit de important în activitatea SNC îl au coenzimele ce provin din vitamine hidrosolubile, în mod particular cele provenite din tiamină, acid nicotinic, vitaminele B_6 și B_{12} , acid pantotenic și riboflavină. Astfel, metabolismul acidului glutamic, principal reglator al proceselor metabolice cerebrale, presupune intervenția vitaminei B_6 , cu rol de coenzimă. Sinteza de acid gama-aminobutiric (GABA) -neuromediator cu rol inhibitor în sistemul *nervos central* — necesită decarboxilarea piridoxol-dependentă a acidului glutamic. Coenzima A este implicată în sinteza acetilcolinei, un alt neuromediator chimic al SNC. Ioni de Mg^{2+} , Fe^{2+} , acid ascorbic, NADP și NAD sînt coenzime implicate în sinteza catecolaminelor, iar Ca^{2+} și F^{3+} sînt coenzime ale monoaminoxidazei.

469. **COFFADYN**^(MC) Elveția ● Produs terapeutic, reunind două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează. Este compus din:

● DEXAMFETAMINA^(M) — psihostimulent, derivat feniletilaminat;

● COFEINA^(M) — stimulent psihomotor. Acțiune psihostimulentă.

470. **COGITO** (cf. lat. *cogito* „gîndesc, cuget“) ● Evidența de sine a gîndirii, ca activitate a subiectului, certitudinea Eului ca entitate inezestrată cu facultatea cugetării. Utilizat de scolastici, termenul este consacrat de filozofia lui DESCARTES, care îi atribuie sensul de intuiție intelectuală evidentă, prin care subiectul devine conștient de esența sa ca entitate rațională, temei al certitudinii judecăților referitoare la realitatea obiectivă.

În fenomenologie, cogito semnifică gîndirea pură, ce nu se raportează decît la corelatul său intențional — cogitatum.

471. **COGNITIV** (fr. *cognitif*; cf. lat. *cognitus* „cunoscut“) ● Ceea ce ține de procesul cunoașterii, referitor la cunoaștere.

472. **COGNITIVE** — procese psihice ● Procesele psihice care realizează funcția de cunoaștere prin diferențiere, identificare, clasificare, abstractizare, generalizare, interpretare, explicare, luare de decizii, prevedere etc. Această funcție este structurată multimodal și pe mai multe nivele reprezentînd sistemul cu organizarea cea mai complexă din structura psihicului uman. Structurarea proceselor cognitive este puternic influențată de factorul social prin asimilarea în procesul educativ a sistemelor de cunoștințe, criteriilor, principiilor și procedeelelor intelectuale elaborate social-istoric, observîndu-se o corelație destul de strînsă între nivelul de instruire și nivelul de structurare a acestor procese.

Există o conexiune funcțională și o interdependență strînsă între diferitele procese cognitive, ca și între funcția cognitivă și celelalte funcții ale psihicului: afectivitate, comportament, instincte.

Procesele cognitive se diferențiază în funcție de complexitatea și funcția pe care o îndeplinesc în senzație, percepție, gîndire, inteligență, memorie, limbaj, atenție. Afectarea unei singure verigi determină perturbarea întregului proces de cunoaștere. Cu cît procesul cognitiv este mai complex, cu atît rolul său integrator este mai mare, astfel încît afectarea sa determină o tulburare mai puternică a funcției cognitive. De aceea cunoașterea este afectată mai grav prin perturbarea raționamentelor în cadrul unui sindrom delirant sau deteriorativ decît prin perturbarea senzațiilor în urma leziunii grave la nivelul unui analizator.

473. **COGNITIVĂ** — psihologie ● Disciplină psihologică care se ocupă cu studiul proceselor cognitive în vederea înțelegerii și predicției comportamentului. Deși, din punct de vedere istoric, originile psihologiei cognitive pot fi urmărite pînă la Wilhelm WUNDT, cercetările asupra proceselor mintale și influenței lor asupra comportamentului au luat o amploare în a doua parte a secolului nostru, odată cu apariția lucrărilor lui PIAGET, NEWELL, MILLER, GALANTEV și PRIBRAM. La dezvoltarea ei au contribuit, de asemenea, unele curente psihologice ca behaviorismul, psihanaliza și psihologia gestaltului, aceasta din urmă fiind considerată de unii autori ca o sursă directă a „revoluției cognitive în psihologie“. Psihologia cognitivă are un caracter experimental și încearcă să fie explicativă

oferind noi modalități de abordare a unor concepte tradiționale ale psihologiei. Astfel, ea furnizează date asupra modului în care oamenii percep, învață sau raționează, cercetează influența proceselor mintale asupra explicării comportamentului propriu sau al altora etc. Ca instrumente de cercetare, psihologia cognitivă se folosește de analiza sistemului de prelucrare a informațiilor, analiza structurilor cognitive și analiza strategiilor utilizate de subiect în rezolvarea problemelor (MAYER, 1981).

474. **COGNITIVĂ — terapie** ● Grup de metode psihoterapeutice, care acordă elementelor și proceselor de gândire un rol determinant în etiologia și tratamentul tulburărilor psihice. Explicarea comportamentului uman prin dinamica unor impulsuri și motivații de natură inconștientă, susținută și dezvoltată de FREUD, precum și utilizarea dominantă a acestei concepții în practica terapeutică s-a dovedit până la urmă a fi în contradicție cu o serie de observații făcute chiar de către unii psihanalisti în activitatea lor cu subiecții. Aceste observații se refereau la concepția pacienților despre viață și despre ei înșiși, la convingerile și ideile lor despre anumite situații, la modul cum percepeau și evaluau aceste situații, la natura interpretărilor și a semnificațiilor date. A început astfel să devină tot mai evidentă legătura dintre gândire și reacțiile neadaptative, patologice. Majoritatea subiecților au convingeri și idei nejustificate de realitate, își transformă dorințele în treburi (necesități) și văd îndeplinirea lor în mod imperativ, ajung la concluzii greșite în privința desfășurării unor evenimente, discriminările și aprecierile lor fiind incorecte. Toate aceste aspecte negative ale gândirii devin efective și determină deteriorarea comportamentală prin monologul interior al pacientului, prin ceea ce acesta își spune, prin autoverbalizările sale. Între gândirea incorectă și emoția patologică se formează astfel o legătură care depășește posibilitățile de conștientizare și control ale bolnavului, privind originea și manipularea suferinței sale afective. Acestor teorii, apărute din practica terapeutică și care susțin că la originea emoției se află un proces cognitiv, li s-a adus ulterior și o confirmare experimentală (LAZARUS, 1962—1966). În aceste condiții, tratamentul tulburărilor emoționale constă în corectarea și modificarea convingerilor și ideilor eronate ale bolnavului, ale monologului său interior, sau în învățarea unor modalități de reducere a trăirilor afective neadecvate. În cadrul procesului terapeutic,

explicându-i-se sursa tulburărilor sale, subiectul este ajutat să-și conștientizeze gândurile și imaginile eronate și să le înlocuiască cu altele corecte, justificate și confirmate de realitate, să transfere și să aplice aceste noi achiziții în viața de zi cu zi. Teoria și terapia cognitivă a tulburărilor emoționale a dobândit o audiență tot mai largă în rindul specialiștilor: studiile și cercetările pe această temă au devenit tot mai numeroase, s-au înmulțit și diversificat tehnicile de tratament.

MAHONEY și ARNECOFF (1978) disting trei categorii de metode terapeutice cognitive: restructurarea cognitivă, formarea deprinderilor de adaptare și rezolvarea problemelor. În structura cognitivă, pacientului i se explică adevărata cauză a tulburărilor sale, sint depistate convingerile iraționale, gândurile distorsionate sau imaginile neadecvate pe care acesta este învățat și antrenat să le recunoască. Terapeutul le provoacă, le analizează pe bază logică, demonstrează faptul că ele nu sint susținute și justificate de realitate și pot fi înlocuite cu altele mai corecte. Pacientul este învățat cum să observe, să analizeze și, în final, să anuleze ideile sale iraționale. Prin intermediul dialogului, terapeutul educă și informează, convinge și oferă alternative logice de gândire și comportament. În restructurarea cognitivă, ai cărei principali reprezentanți sint A. ELLIS și A. BECK, scopul intervenției poate să aibă în vedere atit modificarea imediată a simptomatologiei, cit și modificarea concepțiilor și a filozofiei de viață, care mențin înclinarea spre boală a pacientului. Formarea deprinderilor adaptative are ca scop principal pregătirea bolnavului, astfel încit atunci cind este confruntat cu situații traumatizante, să fie capabil să inițieze și să mențină emoții adecvate sau să reducă intensitatea trăirilor afective, generate de acele situații, la un nivel suportabil. Pentru atingerea acestui scop, sint folosite diferite procedee, care combină relaxarea, imaginația, imitarea comportamentelor unui model (modelarea) etc. Metoda rezolvării problemelor presupune lipsa unor reacții și deprinderi cognitive adaptative. În cadrul tratamentului, bolnavul este învățat cum să-și identifice problemele, să elaboreze mai multe ipoteze și situații de rezolvare, să selecționeze una dintre ele și să-i verifice eficiența în practică. Terapia cognitivă a fost și este aplicată cu succes în tratamentul unor afecțiuni și manifestări psihice ca: depresia nevrotică (BECK, 1979), diferite fobii și stări anxioase (ELLIS, 1971 și BECK, 1976), personalități dizarmonice, stări postprocesuale

(ELLIS, 1962 și MECHEBAUM, 1977), agresivitate și iritabilitate, disfuncții sexuale, insomnie.

475. **COGENTIN**^(M) Anglia, Elveția, S.U.A., **COGENTINE**^(M) Elveția, Franța, **CONGETINOL**^(M) R.F.G. — DCI Benzotropină ● Psihotrop cu structură chimică asemănătoare cu a tranchilizantelor și este, de altfel, un derivat difenilmetan de tip 3-(difenilmetoxi) tropane, cu acțiune antiparkinsoniană, colinolică și antihistaminică, după unii autori și ușor psihostimulentă. Indicat în combaterea efectelor secundare ale NL. Nu se administrează în sarcină, la vîrstnici și copii și poate produce hipotensiune.

476. **COGNOSCIBIL** (cf. lat. *cognoscere* „a cunoaște”) ● Ceea ce poate fi cunoscut și dezvăluit, în esența sa, puterii de înțelegere și explicare a subiectului.

477. **COITOFOBIE**^(P) (cf. lat. *coitus* „contact sexual” și gr. *phobos* „frică”) ● Teama de realizare a actului sexual. Poate fi determinată de dispareunie, de sentimente de culpabilitate și, în cazuri cu totul patologice, de frica de sarcină.

478. **COITUS INTERRUPTUS** (lat.) ● Metodă contraceptivă frecventă și cunoscută din cele mai vechi timpuri. FREUD și ulterior alți autori consideră metoda ca generatoare de anxietate și fobii. Dacă femeile suportă greu pe plan afectiv această separație bruscă, într-un moment de maximă tensiune, pentru bărbați metoda nu poate avea consecințe deosebite.

479. **COKTELIN-H**^(MC) Japonia ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune care se completează. Este compus din :

- CLORPROMAZINĂ^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic și
- PROMETAZINĂ^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Acțiune neuroleptic-sedativă marcată.

480. **COLAGENOZE** (cf. gr. *kolla* „clei” și *gennan* „a naște”) ● Afecțiuni al căror caracter comun este o degenerescență a substanței intercelulare sau a substanței fundamentale a țesutului conjunctiv (GODEAU). În prezent, mai există controverse în ceea ce privește etiopatogenia entităților care se înscriu în această largă categorie. Dintre numeroasele tulburări psihice care apar în colagenoze le menționăm pe cele mai cunoscute, amintind și modificările psihopatologice pe care medicația specifică a colagenozelor — corticoterapia —

le induce. În lupusul eritematos diseminat, tulburările psihice însoțesc episoadele de acutizare ale bolii și pot lua aspectul unor sindroame schizofreniforme sau confuzo-onirice, atunci cînd au intensitate psihotică, și al unor sindroame anxios-depresive sau de depersonalizare, atunci cînd sînt de intensitate nevrotică. Deseori, acestea sînt însoțite de tulburări neurologice. Periartrita nodoasă poate fi însoțită de tulburări de tip confuzional, comportamentale, distimice depresive. În sclerodermie se pot întîlni tulburări psihice pe întregul interval al evoluției, dar în stadiile tirzii ale bolii, acestea iau aspecte grave, de intensitate psihotică (delir paranoidic, idei de persecuție, halucinații, depresie).

481. **COLAPS PARADOXAL** (cf. lat. *colapsio* „cădere”) — sin. HIPOASFIXIE PAROXISTICĂ ^{sin.} → SEMERAN-SEMIANOVSKI^(S) sindrom.

482. **COLECTIV**^(D) *delir* (fr. *collectif* și cf. lat. *collectivus* „adunat la un loc”) ● Termen care nu desemnează o entitate clinică deose-



Goya

bită, ci se referă la împărtășirea unor credințe absurde sau lipsite de tangență cu realitatea de către un grup de persoane, aflate de obicei sub influența unui inductor, care este un delirant veritabil. Cauzele participării la un astfel

de delir sint extrem de variate și au o complexitate deosebită.

Dacă în evul mediu, delirul colectiv nu era un fapt care să vină în contradicție cu gândirea și logica vremii, în epoca contemporană el ar trebui să fie extrem de rar. În mod paradoxal, uneori chiar perfecționarea mijloace de informare în masă reprezintă calea de inducere a delirului.

483. **COLECTIV^(X)** test ● Probă psihologică, destinată prin construcție aplicării în masă. Testele colective au apărut în primul război mondial, din necesitatea trierii recruților americani cu deficiențe intelectuale. Acestea erau teste de inteligență, elaborate în două forme: una verbală (alfa) și una neverbală (beta), pentru analfabeți. Ulterior, testele colective au dobândit o răspândire foarte mare în industrie, școli și în alte instituții. Astăzi, majoritatea probelor de aptitudini și a chestionarelor de personalitate sint teste colective. Față de testele individuale, cele colective au anumite avantaje, dar și dezavantaje: pot fi administrate în același timp unor grupuri mari de oameni; reduc mult rolul examinatorului, care nu mai trebuie special pregătit pentru administrare; etaloanele sint mai bine stabilite, datorită mărimii eșantionului reprezentativ, pe care s-a făcut standardizarea (zeci de mii de subiecți); datorită faptului că majoritatea itemilor sint cu alegele multiple, corectura devine mai ușoară și mai obiectivă; itemii cu un conținut asemănător sint grupați în subteste, în ordinea unei dificultăți crescînde, ceea ce dă posibilitatea subiectului să abordeze sarcina în mod gradat, de la ușor la dificil (ANASTASI, 1976). Dezavantajele sint: contactul examinatorului cu subiectul este mult redus, limitîndu-se astfel posibilitatea observării comportamentului subiectului; sint detectate mai greu condițiile de sănătate care pot împiedica asupra rezultatelor și se creează o situație de competiție, cu efecte negative asupra performanțelor la unii subiecți.

484. **COLECTIVE^(B) halucinații** ● Halucinații auditive, vizuale sau olfactive, care apar simultan la un grup de subiecți avînd drept mecanism de producere sugestia sau hipnoza. Sint de scurtă durată, fiind corectate rapid după dispariția subiectului inductor. Nu au semnificație patologică.

485. **COLECȚIOMANIE** (cf. lat. *collectio* „adunare”; gr. *mania* „nebulie”) ● Perversiune a conduitei colecționarului, în sensul deplasării pasiunii de alegere a obiectului către însăși acțiunea de a aduna, de a strînge

(BARDENAT). Ar fi, după această definiție, o „acțiune pentru acțiune”, în care criteriile de selecționare a unor obiecte (artistice, rare, bizere etc.) cedează locul pasiunii de colecționare, în sine. Astfel că uneori, pe nesimțite, preocuparea unui colecționar de a strînge obiecte didactice, culturale, științifice, avînd un caracter pozitiv la demaraj și o bună parte din timp, capătă o nuanță de posesiune, de competiție nejustificată, de orgoliu nemăsurat și avariție.

Dacă explicația compensării anxietății unor personalități psihastenice și a canalizării simțului lor de ordine, clasificare și perfecționism ar putea fi acceptată, trebuie să admitem că, nu în rare cazuri, este vorba mai degrabă de îngroșarea unor trăsături de caracter preexistente, odată cu intrarea în senescență (avariție, egocentrism, despotism). Intrarea colecționării în scena psihiatrică se face mai curînd pe calea aspectelor medico-legale (furt, cel mai frecvent), decît pe cea a clinicii.

486. **COLECȚIONISM/COLECȚIONARISM** (cf. lat. *collectio*) ● Activitate în care achiziționarea, păstrarea, adunarea unor obiecte aparținînd sau nu aceleiași categorii, în scopul alcătuirii unei colecții, devine patologică (prin lipsa de interes documentar sau artistic al obiectelor, prin eterogenitatea lor etc.). Dacă pe parcursul copilăriei și adolescenței colecțiile constituie o preocupare încurajată de obicei de părinți, mai ales atunci cînd ele au o valoare educativă, aceste preocupări pot ulterior să se schimbe sau, dacă persistă, în funcție de amploarea și de criteriile lor de alcătuire, vor rămîne fie o „pasiune” laudabilă și rezonabilă, fie vor îmbrăca mania colecționarismului/colecționării (delimitare, de altfel, greu de făcut).

Conceptul a evoluat în cursul istoriei psihiatriei paralel cu moda, dar și în raport cu teoriile circulante în epocă. REGIS (1925), studiind problema stărilor nevropatice, a degenerescenței și dezechilibrului le exemplifică prin „hoții marilor magazine” — colecționari, dezechilibrați și bolnavi. MINGAZINI distinge printre aceștia indivizi care, supuși unei impulsii morbide, își însușesc obiecte la întîmplare, depozitîndu-le la domiciliu, transformat astfel într-un adevărat bazar (policlepto-colecționarism). Și mai excentric este monoclepto-colecționarismul, definit prin selecționarea unor obiecte de un singur tip: portmonee, pipe, păpuși, umbrele, haine, obiecte de veselă sau tacîmuri etc., păstrate cu atenție, chiar cu religiozitate. În cazul fetișismului (combinat uneori cu cleptomani), obiectele colecționate servesc obținerii sa-

tisfacerii erotice. În tratatul său de „Psihiatrie clinică”, P. GUIRAUD atribuie colecționarismul bolnavilor mintal unor exprimări deformate ale instinctului alimentar (evidente la demenți și oligofreni).

Curențele de sorginte psihanalitică au schimbat acest punct de vedere, oferind o interpretare sadico-anală a personalității obsesionale (psihastenice), în latura sa anal-erotică.

Cu toate acestea, CODET menționează în observațiile sale colecționarismul și ca apănă al psihozei maniaco-depresive (mai ales maniacalii), al delirurilor cronice sau al schizofreniei hebefrenice. În cazurile respective, obiectele colecționate sau „stilul” de a colecționa vor fi în deplină armonie cu tabloul psihopatologic în cadrul căruia evoluează, orientând uneori în mod cert diagnosticul.

487. COLERIC (cf. lat. *cholera* „fiere”) ● Tip temperamental clasic, determinat — după HIPPOCRATE — de predominanța în organism a bilei galbene (una dintre cele patru umori organice, alături de sânge, flegmă și fiere neagră, în baza căroră, pornind de la concepția cosmogonică a lui EMPEDOCLE, părintele medicinei și al psihiatriei stabilește tetrada temperamentală: sangvinic, melancolic, coleric și flegmatic; pe care le asociază celor patru anotimpuri). Reprezintă focul (element constitutiv al lumii, alături de aer, apă și pământ) și căldura verii (corespondentul sezonier din aceeași perspectivă științifică a antichității).

Sub aspectul particularităților psihofiziologice sau dinamico-energetice, temperamentul coleric apare mai conturat în tipologia pavloviană, unde corespunde tipului general AMS („puternic-neecheilibrat-excitabil”), precum și în caracteriologia lui HEYMANS și WIERSMA (fondată pe ipoteza neurofiziologică a lui O. GROSS, adoptată de R. Le SENNE (1945), unde corespunde tipului „emotiv-activ-primar” (după combinarea repercusivității, emotivității, activității). Sub aspect psihologic, colericul se caracterizează prin: vitalitate deosebită și dinamism, facilitate de contact, sociabilitate și exuberanță, adaptare bună la prezent sau sintonie cu mediul, reactivitate accentuată etc. Totodată, denotă însă o insuficiență frenatorie sau o slabă capacitate de inhibiție, care se particularizează în iritabilitate, excitabilitate, reacții agresive. El este nestăpinit nerăbdător, agitat. MUCCHIELLI distinge colericii combativi de cei concilianți. Descris ca „om de acțiune”, atras de situații noi (în lipsa căroră devine el inițiator sau improvizator de acțiuni), în care nu rareori se angajează fără o prealabilă evaluare a riscurilor sau a

cheltuielilor energetice (dispersie de forțe); colericul este un extrovert, o fire veselă, optimistă și generoasă, instituindu-se nu de puține ori ca organizator energic sau animator de grup. Dacă este și inteligent, fluiditatea și bogăția asociațiilor se pot converti în creații de prestigiu. Viața lui afectivă este bogată, intensă și bine exprimată mimico-pantomimic, dar inegală, cu exagerări. Reprezentantul tipic al temperamentului coleric pentru școala psihiatrică clasică franceză ar fi DANTON.

488. COLESTERINOZĂ CEREBRO-TENDINOASĂ (Van BOGAERT) (fr. *cholestérine*: vezi gr. *chole* „fiere”; *sterros* „solid”) ● Lipidoză familială, atingând mai ales sexul feminin, caracterizată prin întârziere în dezvoltarea intelectuală (debut în copilărie), sindrom paretic ataxic cu miclonii (când apare la vârsta adolescenței), semne bulbare (la vârsta adultă), Evoluția este letală.

489. COLINOLITICE ^{sin.} → PARASIMPATICOLITICE.

490. COLITE^(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

491. COLON IRITABIL (cf. gr. *kolon* „intestin gros”; lat. *irritabilis* „supărăcios, irascibil, supus iritației”) — sin. COLOPATIE FUNCȚIONALĂ ; COLITĂ SPASTICĂ ● Tulburare a motilității intestinului gros, provocată de factori de stres (DROSSMAN). Considerată a reprezenta 25% din consultațiile de gastroenterologie (HAYNAL, 1978) sau chiar 50% (ȘUTEANU, 1978) și peste 50% (KAPLAN și SADOCK, 1980), afecțiunea impresionează nu numai prin marea ei incidentă, ci și prin variabilitatea manifestărilor digestive. Simptomele de care se pling bolnavii sînt: diaree (așa-zisa „diaree nervoasă” sau „colită mucoasă”), însoțită de tenesme, constipații (spasticitate exagerată, mai ales la nivelul sigmoidului — „coarda colică”) sau alternarea constipației cu diareea, dureri abdominale ce domină după emiterea scaunului. Mecanismul pare a fi reprezentat de exagerarea reactivității (predominant motorii și mai puțin secretorii) la stimulii colinergici, diferențiindu-l de colita inflamatorie. Este însă foarte adevărat că, în cazurile incipente de colită ulcerativă, aspectul bolii poate fi greu diferențiat de cel al colcului iritabil.

Evoluția este undulantă, dar de lungă durată, cu exacerbări ce se instalează brusc sau insidios, dar aflate totdeauna într-o strinsă legătură cu anumite situații generatoare de emoții negative sau pozitive, de suprasolicitare, de contrarietate, de insatisfacție. Psihosomaticienii relevă faptul că vârsta predilectă a bolii este de 25—45 de ani (uneori și adolescența) — respectiv etapa cronologică în care individul se confruntă în cel mai înalt grad cu problemele de adaptare la mediu, la societate —, dar pun accentul mai ales asupra tipului de personalitate pe care se greșează boala. Astfel, la tipul nevrotic, anxios, hipocondriac, isteric, depresiv, apariția tulburărilor de motilitate a intestinului gros este strâns corelată cu debutul sau exacerbarea respectivei nevroze în evoluție. Deși un anumit profil psihosomatic pentru bolnavul de colon iritabil, nu poate fi precizat, ALEXANDER îl caracterizează prin sentimente de culpabilitate și anxietate, cu o necesitate presantă de „a oferi” de „a restitui”, ca modalitate de răspuns compensator la refuzarea tendințelor primare, „receptive” și „captative”, emisia, evacuarea constituind echivalentul simbolic al acestui sacrificiu, de fapt o atitudine masochistă. Diareea ar exprima neajutorare. Abordarea psihodinamică promovată de psihanaliză a fost îmbogățită prin studii psihodiagnostice, ce au reliefat trăsături constante de depresie, anxietate, hipocondrie la subiecții suferinzi de această afecțiune. Nota comună este dată de imaturitatea pe plan instinctiv-afectiv, care predispune la o vulnerabilitate exagerată în domeniul adaptării psihosociale. Rămân necunoscute deocamdată motivele și condițiile în care ia naștere această tulburare specifică a motilității intestinului gros.

Pe lângă bine-cunoscutele remedii igienodietetice și medicamentoase ale constipației și diareei, tratamentul cu psihotrope și o psihoterapie individualizată vor spori considerabil șansele de vindecare.

492. COLOMBIER Jean (1736—1789) ● Medic francez din secolul al XVIII-lea, a căru operă a influențat întreg secolul următor. Este autorul „Instrucțiuni asupra manierei de a îngriji alienații și de a contribui la însănătoșirea lor în crizele ce le-au fost destinate” (1785), lucrare de un umanism deosebit. Încă din introducere, el afirmă: „ființelor celor mai slabe și celor mai nenorocite cărora societatea le datorează protecția cea mai deosebită și maximum de îngrijiri”. Lucrarea -a influențat și pe PINEL, care afirma: „Colombier m-a făcut să văd ce trebuie făcut pentru ei”.

493. COLSTAMIN^(M) Japonia — DCI Rescinnamină ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat reserpină, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

494. COMĂ (cf. gr. *kóma* „somn profund și prelungit”) ● Stare patologică a neuropsihismului afectind profund și persistent starea de conștiință, practic abolită — ARSENI — (în mod brutal sau lent, progresiv), funcțiile de relație, dar cu relativa păstrare a funcțiilor vegetative (în raport cu gradul de profunzime). Mecanismul de producere a stării de comă a început să fie elucidat de-abia în ultimele decenii, datorită contribuțiilor aduse de neurofiziologie, deși coma era cunoscută încă din antichitate, medicii făcând deosebire între comă și somn.

Coma sau sindromul comatos rezultă dintr-o perturbare a sistemului reglator al vigilenței, din formațiunea reticulată activatoare ascendentă (SRAA) catecolaminergică, prin leziuni la nivelul trunchiului cerebral sau al ambelor emisfere. Pentru clasificare, FISCHGOLD, I, MATHIS (1959) iau în discuție criteriul electrochimic, distingând patru stadii:

- *Stadiul I* — coma rigidă — posibilitatea de terapie prin stimulare; conservarea reflexelor encefalice; absența tulburărilor funcțiilor vegetative; traseu EEG: ritm alfa încetinit sau aplatizat, scurte bufee de unde lente, cu păstrarea reactivității electroencefalografice
- *Stadiul II* — coma ușoară — pierderea manifestă a conștiinței, cu scăderea semnificativă a reactivității (numai la stimuli puternici nociceptivi); reflexe pupilare și corneene evident diminuate, tulburări de deglutiție; absența controlului sfincterian; traseu EEG: ritmuri lente, cu reactivitate mult scăzută sau absentă;
- *Stadiul III* — coma profundă sau carus — absența totală a conștiinței, posibilitatea de reactivare; reflex cornean absent și midriază; deglutiție abolită; pe prim plan — tulburările cardiorespiratorii și traseu EEG: bradiritmie și monotonie și absența totală a reactivității
- *Stadiul IV* — coma depășită — suprimare globală a activității encefalice și afectarea majoră a funcțiilor esențiale, hipotensiune arterială, hipotermie, hipotonie musculară, midriază fixă; traseu EEG: izoelectric.

Trebuie făcută mențiunea că traseul EEG nu dă indicații nici asupra etiologiei, nici asupra evoluției comei, ARSENI și colaboratorii stabilind că ameliorarea și agravarea apar întâi clinic și apoi electroencefalografic. Au existat și tentative de testare a tulburărilor de perceptivitate (pentru a le diferenția de cele de reactivitate), prin investigarea răspunsului scris, a orientării în timp și spațiu, a executării unui ordin verbal și a reflexului de clipit la amenințare (JOUVET, 1969), toate acestea presupunând însă un mare efort. Alți specialiști (TEASDALE și JENNETT, 1974) au testat numai trei parametri: deschiderea ochilor, răspunsurile verbale și activitatea motorie (bineînțeles, în cazul pacienților care sînt conștienți), oferind o metodă de finețe, deschisă aprecierilor evolutive.

După conținutul etiopatogenic, BOUDOU-RESQUE oferă următoarea clasificare :

- come neurologice — exprimînd afectarea structurilor encefalice, respectiv, semne neurologice de focar : coma vasculară, coma traumatică, coma infecțioasă, coma din tumorile cerebrale, coma epileptică ;
- come metabolice — prin tulburarea unor mecanisme umorale, caracterizate prin tablouri clinice specifice : coma uremică, coma diabetică, coma hipoglicemică, coma hepatică, comele endocrine ;
- come toxice — prin acțiunea unor agenți toxici exogeni.

Diagnosticul diferențial este o etapă extrem de importantă pentru diferențierea altor sindroame care evoluează cu alterarea stării de conștiență :

Tabel nr. XXXVIII

		COMĂ
HIPERSOMNIA	<ul style="list-style-type: none"> ● somn profund și durabil, intermitent se produc treziri ; ● funcții vegetative : normale ; ● semne neurologice : absente ; ● etiologie : encefalite, tumori 	<ul style="list-style-type: none"> ● afectarea profundă și durabilă a conștienței ● modificate
SINCOPIA ALBĂ (vasculară) ALBASTRĂ (respiratorie) *	<ul style="list-style-type: none"> ● durata suspendării conștienței : scurtă (secunde) 	<ul style="list-style-type: none"> ● îndelungată
CATAPLEXIA	<ul style="list-style-type: none"> ● conștiența păstrată (cădere) ● durată scurtă ● etiologie : leziuni diencefalice 	<ul style="list-style-type: none"> ● absentă ● îndelungată
CATATONIA	<ul style="list-style-type: none"> ● conștiența păstrată ● poziție imobilă, incomodă ● reactivitate absentă ● etiologie : schizofrenie, encefalite 	<ul style="list-style-type: none"> ● absentă ● posibile mișcări (hipotonie) ● modificată/absentă ● neurologică, metabolică, toxică
STUPOAREA	<ul style="list-style-type: none"> ● conștiența păstrată ● imobilitate totală ● reactivitate absentă ● etiologie : schizofrenie, depresii, melancolie, isterie, psihoze reactive 	<ul style="list-style-type: none"> ● absentă ● parțială ● modificată/absentă ● neurologică, metabolică, toxică
MUTISM AKINETIC	<ul style="list-style-type: none"> ● conștiența păstrată ● imobilitate parțială ● reactivitate absentă ● etiologie : leziunile substanței reticulare activatoare ascendente, schizofrenie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● idem

Diagnosticul diferențial al comei cu alte sindroame care evoluează cu tulburări de conștiență.

495. **COMBINAT^(D)** *delir* (fr. *combîné* § cf. lat. *combinare*) — sin. **DELIR MIXT** ● Convingere puternică, cu conținut incredibil, impenetrabilă la argumente logice și la proba realității. Se dezvoltă pe un fond afectiv mixt, existind simultan elemente atât din sindromul depresiv, cât și din cel maniacoal (termenul subliniind mai ales tulburarea afectivă decît cea a gîndirii). Se întîlnește în stările afective mixte.

496. **COMBINE^(B)** *halucinații* sin. **SINESTEZICE^(B)** halucinații. →

497. **COMENTARE A ACTELOR** (cf. lat. *commentari* „a se gîndi, a reflecta, a explica”) ● Halucinație acustico-verbală, caracterizată prin discuții purtate la persoana a doua sau a treia, subiectul avînd convingerea că vorbește despre propriile acte. Sînt halucinații psihice, pe care EY le consideră drept variantă a ecoului gîndirii din sindromul de automatism mental descris de CLÉRAMBAULT. Comentariile pot fi simultane, anterioare sau posterioare actului respectiv și constituie o variantă a ideaiței autoscopice, care devine conștientă și este transferată sintactic de la persoana întîi, la persoana a doua sau a treia.

498. **COMETOFOBIE^(P)** (cf. lat. *cometa* § gr. *phobos* „frică”) ● Teama patologică, nemotivată, de comete § nu se mai întîlnește în prezent în clinica psihiatrică. A reprezentat mai mult un element al ignoranței decît al sferei psihopatologice. În prezent, poate ridica problema unui intelect de limită, a simulației sau tentativei de excrocherie, iar în extreme, poate fi legată de „speranța găsirii unui *alt ignorant*”, care să-i împărtășească teama,

499. **COMIC** (cf. lat. *comicus*) ● Categorie estetică ce se referă, în general, la ceea ce stîrnește risul. Efectul hilar însoțește dezvoltarea unei nepotriviri contrastante în alcătuirea unor personaje sau în desfășurarea unor situații, făcînd transparentă masca de firesc, bună credință și autenticitate sub care se ascund — voluntar sau involuntar — aroganța, amorul propriu, prostia, ignoranța, absurditatea, lipsa de măsură etc.

Demascînd impostura, dînd la iveală deghizarea și disimularea unor păcate omenești, comicul presupune o atitudine critică, ce își minimalizează obiectul, refuzînd să-l ia în serios și prezentîndu-l sub o înfățișare caricaturală, în care strîmbătatea lăuntrică a țintei devine ilariantă prin amplificarea ei pînă la grotesc, ca într-un joc de oglinzi ce deformează

imaginea obiectului reflectat. Efectul comic implică umorul în toate ipostazele sale: ironia, gluma, farsa, sarcasmul, zeflemeaua, parodia etc. Găsindu-și în comedie forma clasică de expresie, comicul se dezvoltă, de asemenea, cu strălucire, în literatura umoristică, în muzică (humoresca) în plastică (caricatura), balet, pantomimă etc.

500. **COMIC-STRIPS** (engl.) ● Exemplu tipic al modului în care comportamentul uman poate fi influențat prin mijloacele culturii de masă. Studiile lui DUNEKER, THURSTONE, PETERSON, MIERKE au demonstrat influența deosebită pe care o pot avea asupra limbii, vestimentației, obiceiurilor și atitudinilor indivizilor, aventurile unor personaje imaginare (eroi de roman, film, benzi desenate), cu care vin în contact prin massmedia. Aceste exemple, după MASSERMAN, vorbesc despre felul în care dorințele narcisice ale subiectului se identifică cu trăsăturile unui personaj imaginar.

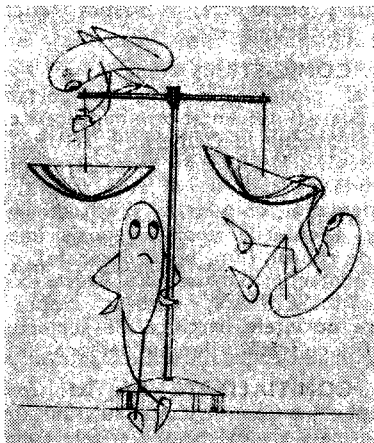
501. **COMIȚIALITATE** (cf. lat. *comitialis* „epileptic”) ● Comițialitatea sau „răul comițial” sînt termeni analogi pentru crizele epileptice. În Roma antică, în cazul cînd această manifestare se producea în cadrul unei adunări, semnul era considerat de rău augur, subiectul fiind exclus din adunare, iar adunarea (*comitium*) se întrerupea. Termenul actual de **EPILEPSIE** l-a înlocuit aproape complet pe cel vechi de comițialitate, care are un interes istoric. Utilizarea sa în continuare, din considerente de etică medicală, nu-și are justificarea întrucît sensul pe care îl are este suficient de bine cunoscut publicului larg.

502. **COMOȚIE CEREBRALĂ** (cf. lat. *commotio* „mișcare, agitație”) ● Tulburare funcțională — deci reversibilă — a cortexului, apărută în urma unui traumatism cranio-cerebral, în absența vreunei leziuni organice microscopice evidențiabile. Această definiție aduce o demarcație cit se poate de clară față de tot ceea ce era cunoscut înainte sub denumirea de sindrom postcomoțional. Aspecte clinice § scurtă abolire a stării de conștientă (minute) § traumatism craniocerebral de intensitate medie imediat premergător § ușoară stare de confuzie, ce se risipește imediat § hipotonie musculară § areflectivitate (de scurtă durată) § tulburări vegetative, febră, transpirații, respirație stertoroasă, tahicardie. Aspecte unei patologice § abruptă depolarizare a membranei neuronale de la nivelul formației reticulare a trunchiului cerebral, cu caracter tranzitor și în întregime reversibil. Orice suferință acuzată de pacient după un traumatism craniocerebral

ce se soldează cu o singură comoție este suspectă, în sensul că ori nu a fost comoție cerebrală ori se urmărește un beneficiu secundar.

503. **COMPARARE** (cf. lat. *comparare*)

● Acțiune prin care se stabilesc asemănările



și deosebiriile dintre obiecte și fenomene. Este un mecanism psihologic de importanță esențială pentru operațiile de analiză și sinteză ale gândirii. Asemănările și deosebirile pot fi cantitative sau calitative, se pot referi la obiecte sau fenomene din realitatea obiectivă sau diferențiază stări subiective. Capacitatea de comparare presupune ca toate laturile vieții psihice să fie întregre: senzorialitatea, afectivitatea, gândirea. Orice distorsionare a uneia dintre ele duce la dereglarea capacității de comparare. Astfel, în toate bolile care afectează analizatorii, nu mai pot fi făcute comparații între senzații, care sînt perturbate sau pur și simplu nu există. Starea afectivă poate distorsiona compararea, mai ales pe plan abstract sau subiectiv. Tulburările de gândire afectează, de regulă, în mod grav posibilitatea de a compara obiectiv.

504. **COMPAZINE**^(M) S.U.A. — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

505. **COMPENDIUM**^(M) Italia — DCI *Bromazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-

benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valențe anti-depresive. Atenție la administrarea la virstnici și conducători auto.

506. **COMPENSARE** (cf. lat. *compensare* „a cumpăni, a compensa”) ● Termen care desemnează acel proces sau mecanism pus în mișcare de o deficiență (fizică, psihică), de o insatisfacție sau nerealizare, în scopul contrabalansării sau al anihilării efectelor acestora. Astfel, compensarea poate avea un sens de echilibrare. Mecanismul compensator vizează soluționarea unor situații real frustrante sau resimțite ca atare, a unora care generează un sentiment de inferioritate sau a altora care declanșează un lanț de nerealizări (eșecuri), pornind de la o inferioritate fizică ori mentală, fie ea reală sau presupusă.

Compensarea poate forma, în sens pozitiv, anumite trăsături de personalitate: este vorba de acele atitudini, cu semnificație compensatorie, de care subiectul este conștient și pe care le dezvoltă în mod intenționat pentru echilibrarea deficitului (vezi, de exemplu, cazul deficienților senzoriali care suplinesc defectul prin dezvoltarea altor organe de simț sau a unor trăsături caracteriale pozitive, mai ales în sens moral, sau prin alegerea unui anume tip de formație intelectuală; procesul compensator poate îngloba toate aceste modalități enumerate).

ADLER abordează compensarea ca necesitate, lipsă, deficiență, deci inferioritate. Inferioritatea dezavantajează, umilește, rănește, situează persoana în perspectiva eșecului, a înfringerii; individul se fixează pe sentimentul său de inferioritate, indiferent de faptul că deficiența sa este minoră sau majoră, că insatisfacția sa este reală sau presupusă, resimțită fără motiv evident. ADLER extinde sentimentul de inferioritate la întreaga viață psihică, mai exact el face din acest sentiment resortul și caracteristica esențială a ființei umane („Am insistat mult timp asupra faptului că a fi om înseamnă a te simți inferior” (...)) „...istoria umanității trebuie considerată ca istorie a sentimentului de inferioritate și a tentativelor de a găsi o soluție” — ADLER).

Întrucît organismul uman este construit „pe principiile securității”, funcțiunile unui organ lezat pot fi preluate de alt organ sau un organ atins poate declanșa o energie compensatorie. Odată constituit, sentimentul de inferioritate devine un fel de centru, în jurul căruia persoana se construiește, încercînd, mai mult sau mai puțin conștient, să compenseze acest sentiment, să-i anihileze efectele. Două moda-

lități sint posibile : fie apariția unor conduite imaginative, reverii consolatoare, a tendinței de refugiu și pasivitate, fie a unei energii psihice intense, manifestate prin dorința de putere, de strălucire, de afirmare. Această ultimă modalitate se poate sublima în voință (putere) creatoare la scriitori, la pictori, în general la artiști sau poate determina comportamente inferioare (brutalitate, gelozie, despotism, răzbunare). ADLER admite agresivitatea inconștientă („ființa este pregătită pentru atac”) și explică sublimarea în raport cu compensațiile sociale pe care această agresivitate le poate procura, în măsura în care ea devine dorință (ambiiție) de reușită. Când stilul de viață al individului se formează în exclusivitate în scopul depășirii inferiorității proprii sau a unei nerealizări personale, se ajunge la un deficit de sentiment social (capacitatea de cooperare cu ceilalți) — cu risc crescut de constituire și instalare a nevrozii : persoana nu mai este în stare de o compensație conștientă, în raport cu realitatea exterioară și cu posibilitățile sale reale ; ea se va hrăni cu ficțiuni, va recurge la simulare, se va cantona în falsificări, își va folosi exagerat mijloacele, supradimensionându-și valoarea personalității și depărtându-se tot mai mult de exigențele sociale. Structura psihică compensatorie se caracterizează prin exacerbarea tuturor forțelor psihice susceptibile să aducă securitate (întrucât inferioritatea cuplează imediat insecuritatea). Individul își alege drept model tatăl, un frate mai mare, un erou de povestire sau orice alt reprezentant al autorității — deci imaginea masculinității, a virilității, imagine predominantă în societatea civilizată, care este o societate esențial paternă (E. FROMM). Centrată pe imaginea masculinității nu datorită însușirilor proprii, ci datorită rolului jucat de „masculin” în civilizația noastră, persoana va simți antinomia inferioritate trăită — superioritate dorită sub forma antinomiei masculin-feminin. De aici rezultă atitudinea de protest viril, caracteristică, după ADLER, ambelor sexe. Acest protest va domina formarea caracterului până la constituirea unor deformări ale trăsăturilor de personalitate.

Anumite împrejurări (ca acelea provocate de o deficiență organică reală sau de o educație prea severă sau total lipsită de severitate) vor favoriza deformarea personalității. În protestul său viril, în tendința de a deveni puternic spre a-și depăși inferioritatea, individul este tentat să folosească (și folosește) mijloacele care i se par cel mai puțin riscante, în atingerea scopului său final fictiv („nevroza nu provine dintr-o impulsivitate inconștientă,

ci este produsul unui scop final fictiv” ; după ADLER, o inferioritate organică, în mod special, determină individul să părăsească terenul realității și să se afunde în ficțiune). Căutând mijloace mai ușoare, copilul va ajunge să încerce atingerea scopului său masculin prin mijloace feminine : un copil predispus la nevroză va proceda, în acțiunile sale, cu infinite precauțiuni, va ține seama de multiple prejudecăți, agresivitatea sa fiind doar un expedient compensator, pentru că acest copil va fi totdeauna dispus, pentru a riposta unor situații, să înlocuiască ostilitatea cu supunerea ; pentru consolidarea poziției sale în proprii ochi sau în ochii celorlalți, el va acuza (simula) tulburări pe care nu le are sau va exagera tulburări ne semnificative ; dacă aceste manifestări nu vor avea efectul dorit asupra celor din jur, copilul va trece la un exces de compensare prin exagerarea acțiunilor sale, chiar a unor activități pozitive (în unele cazuri, mai ales a acestora). Astfel, nevroticul aduce, la vîrsta adultă, mecanisme și modalități folosite în copilărie ; el se comportă „ca și cum” ar fi copil.

Raportul creat, la nevrotic, între sentimentul de inferioritate și idealul personalității este răspunzător de exaltarea tendințelor puse în slujba idealului. Există cazuri în care acest raport determină căutarea și găsirea unui refugiu, a unui pretext de sustragere de la o decizie care ar solicita sentimentul personalității (este o modalitate frecventă de a înlocui slăbiciunea proprie cu alegerea unui refugiu, pentru retragere în fața unei decizii, mai ales cînd intervin mecanisme legate de Supra-Eu : de exemplu, „nu aleg acest lucru, nu pentru că n-aș putea să-l fac, ci pentru că nu este bine, nu e corect” etc. ; aici conflictul generator de nevroză se creează între un Supra-Eu puternic și un Eu slab). Refuzul de a lua decizii se produce mai ales atunci cînd nevroticul sesizează sau, mai degrabă, simte că scopul său nevrotic este prea înalt ca să poată fi atins ; atunci persoana în cauză dezvoltă acuzații, manifestări agresive împotriva împrejurărilor existente sau împotriva zestrei sale ereditare. Astfel nevroticul își construiește, compensator pentru slăbiciunea sa (care este, de fapt, o slăbiciune a Eului), un sistem de operații puternic și durabil (autoritarism, manifestări pedante, încăpățînări, demonstrații logice), prin care încearcă să-și domine mediul apropiat, cercul familial, pretextînd mereu mari suferințe. El se va considera mereu neînțeles, își va asuma rolul de victimă, își va etala inferioritatea sau slăbiciunile, pentru a centra atenția celorlalți asupra sa, va fi în mod

frecvent pradă descurajărilor și va incrimina mereu pe cei din jur pentru eșecurile sale (va acuza societatea, lipsa de șansă, nedreptatea, viața însăși) și ca urmare, el va manifesta o serie de temeri, de anxietăți, de ezitări, de remușcări sau va dezvolta o agresivitate marcată în toate relațiile sale. El se va refugia în boala care îl securizează, își va „construi” compensatoriul experiențele, într-un mod în care să îi convină și care să îi justifice existența, în fața sa și a celorlalți. Va trăi într-un mod fictiv, ficțiunea presupunând eliminarea imaginărilor a inferiorităților și slăbiciunilor (sursă de perturbare interioară) și a realității (sursă de obstacole, de confruntări). Așadar, ADLER explică și descrie constituirea nevrozei ca având la origine sentimentul de inferioritate, sentiment ce pune în mișcare mecanisme de compensare și supracompensare („...inferioritatea poate să ducă la sentimente de superioritate prin compensare sau supracompensare” — exagerarea compensării, de care individul nu mai este, practic, deloc conștient). Esența nevrozei constă, după acest autor, în sistemul individual de compensare ce se formează și se întărește prin folosirea exagerată, permanentă, a mijloacelor psihice de care dispune persoana.

Funcția compensatorie a visului. Psihanaliștii au acordat un rol deosebit funcției compensatorii a viselor. După opinia lor, în visele copiilor, dorința care se îndeplinește vizează un scop cunoscut, care nu a putut fi atins în cursul zilei și la adult, o astfel de dorință nu provoacă un risc compensator decît în caz de mare privațiune. Majoritatea viselor adulților exprimă fie o dorință apărută în cursul zilei și imediat receptată, fie o dorință care nu a pătruns încă în cimpul conștiinței. De aceea, visele adulților sînt legate cel mai adesea, de dorințe inconștiente, cu rădăcină în viața infantilă. „Practic, totul se petrece ca și cum dorințele profunde ale adultului ar avea drept scop permanent compensarea unei suferințe arhaice” (R. ALLENDY). Satisfacția imaginărilor care are loc în timpul visului, neutralizează o „excitație inconștientă”; fără această supapă a visului, excitația respectivă ar provoca acțiuni necontrolate, poate chiar cu caracter antisocial. În măsura în care visul reprezintă realitatea (directă sau simbolică) a unei dorințe, el are o semnificație compensatorie, deci poate fi considerat un proces în care, pe lângă alte mecanisme, participă și mecanisme compensatorii; dorința apare într-o formă directă în visele copiilor (de obicei, sînt dorințe care nu se pot îndeplini în stare de veghe și de asemenea, dorința apare net în visele adulților,

care au suportat mari privațiuni — acestea sînt visele care au o semnificație compensatorie clară).

Reveria (sau „visul diurn”) poate fi și ea o modalitate psihologică (un proces) compensatorie, în măsura în care o lume imaginărilor și fictivă împlinește un proiect irealizabil sau nerealizat, contracarează efectele unui eșec sau satisface o dorință ce întîmpină, în mod real, obstacole în îndeplinire. Persoana se complăce în această stare, chiar o caută, întrucît evaziunea imaginativă transformă realitatea, o modifică în sensul unei dorințe sau al unei tendințe. Reveria apare, în special, la indivizi la care adaptarea la realitatea exterioară este dificilă și cere un mare efort și ei se protejează printr-un univers fictiv, care îi apără și îi satisface. Reveria aduce sau completează ceea ce lipsește individului în viața reală, mai ales dacă dorințele și trebuințele lui se plasează în afara realității, a exigențelor exterioare. Persoana renunță să-și mobilizeze resursele de care dispune în mod obiectiv, simțindu-se satisfăcută de o construcție imaginărilor. E. MINKOWSKI vorbește despre caracteristicile particulare ale compensației în psihopatologie și ia în considerare patru forme de compensație și

- La bolnavii amnestici, cu deteriorare mintală severă, modalitatea compensatorie este oarecum automată (mecanică), în sensul că, pentru a umple marile lacune mnemonice, acești bolnavi fabulează (demența senilă) și ei nu spun „am uitat” sau „nu-mi amintesc”, ci înlocuiesc amintirile uitate cu răspunsuri fantastice. Din punctul de vedere al eficienței, nu există nici un profit, individul rămînînd cu același grad de amnezie. Astfel, fabulația sau confabulația din demență ar fi, după E. MINKOWSKI, o trebuință compensatorie, pe care bolnavul nu o stăpînește și nu o conștientizează, compensația astfel realizată fiind aleatorie (aici nu intervin mecanisme imaginărilor, ci practic este o „compensație care nu compensează nimic”).
- Compensația afectivă, vizînd realizarea dorințelor nerealizate: visele, reveria, fantezia, permit suplinirea unor renunțări, a unor efecte ale refulării, a unor dezamăgiri. Recursul la imaginar poate să meargă pînă acolo încît lumea imaginărilor să se substituie realității și se produce astfel o ruptură între imaginar și real, marcată prin faptul că atenția față de real este global perturbată (această perturbare poate fi mai mult sau mai puțin gravă, de la savantul veșnic distrat, pînă

la autistul cu lumea sa particulară). Fenomene de compensație apar și în unele idei delirante (de putere, de frumusețe, erotomane), de obicei, în cazul ideilor al căror conținut se plasează la polul opus a ceea ce a oferit sau oferă realitatea individului în cauză. CLAUDE și MONTASSU (citați de MINKOWSKI) vorbesc, în acest sens, de un delir de compensație. Însă aici nu mecanismul compensator creează delirul, ci însăși semnificația compensatorie este efectul unui resort patologic; jocul nu se duce între pierdere și câștig, ci între pierdere și pierdere. Deficiența, deformarea patologică gravă primează, astfel încât, afirma MINKOWSKI, nu e vorba de o evaziune pur imaginativă, ci de o evaziune patologică.

- Compensația fenomenologică (în procesul schizofreniei). Până la un punct, această compensație s-ar apropia de cea numită afectivă; dar, în destructurarea schizofrenică, fenomenul compensator nu vine să umple un spațiu vid sau să completeze o deficiență prin contrabalansare cu alte conținuturi; revenia, ca și retragerea sau opoziționismul, se dezorganizează în chiar procesul schizofrenic. Se ajunge la un lanț de stereotipii (de limbaj, de gest, de mimică, de atitudine), care vor fi antrenate și ele în fenomenul dezagregării. Așadar, aici compensația nu este prezentă decît în cele cîteva puncte în care bolnavul mai păstrează contactul cu realitatea.
- Compensația factorială, cu referire la interacțiunea diferiților factori în cadrul tablourilor clinice. Această interacțiune trimite prin ea însăși la ideea de compensare. Este o formă de compensare care constă în faptul că anumite trăsături structurale pot contrabalansa anumite efecte simptomatice (deci un factor structural sau constituțional compensează un factor simptomatic). MINKOWSKI dă exemplul unor cazuri de schizofrenie, în care apare ca element constituțional și transmis, un factor epileptoid și evident, bolnavul este schizofren, ca manifestări simptomatice, dar adevizitatea lui atenuază ruptura.

Ceea ce se reține din concepțiile diverșilor autori este faptul că fenomenul sau procesul compensator poate fi un factor pozitiv, de echilibrare și o pierdere, o inferioritate sau o nerealizare, un eșec — toate acestea nu sînt neapărat de natură morbidă. Nereușita într-un domeniu se contracarează prin succesul în alt

domeniu. Patologia comportă, în mod necesar, o pierdere. Aceasta este însă durabilă, stabilă și se definitivează ca o deficiență sau infirmitate obiectivă și într-un proces patologic acut, nu intervine compensația (aici intervin factori patogeni și de apărare a organismului). Ceea ce rămîne după confruntarea inițială lasă loc mecanismelor de compensație, care însă nu recuperează în totalitate deficiența și intervin capacitățile restante ale subiectului, conștiința asupra bolii, precum și atitudinea sa față de boală.

507. COMPENSARE^(D) delir (cf. lat. *compensare*) ● Delir a cărui tematică este legată de o situație existențială intens psiho-traumatizantă și care tinde să compenseze evenimentul existențial, fiind declanșat de un mecanism de apărare. De exemplu, convingerea delirantă că persoana iubită decedată, de fapt nu a murit, ci numai a plecat și va reveni. Se întâlnește în stările reactive de intensitate psihotică, în delirurile cronice ale infirmilor, legate tematis de infirmitate. Termenul a fost introdus de SIVADON.

508. COMPENSOL^(MC) Mexic ● Frecu terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează. Este compus din:

- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic și
 - GABOB^(M) — extract vegetal.
- Acțiune anxiolitic-sedativă.

509. COMPETIȚIE (cf. lat. *competitio*) ● Modalitate de comparare socială între indivizi sau între grupuri de indivizi; a fost prezentă, într-o formă sau alta, pe toate treptele de dezvoltare a societății. Este considerată de unii autori ca un stimul spre o activitate cu un standard ridicat al calității și cantității performanței, ca un mijloc de educare a colaborării și cooperării. Una dintre metodele de studiere a competiției o constituie recompensa diferențiată. În cazul acesta, se oferă subiecților o recompensă, a cărei valoare diferă în funcție de locul ocupat de fiecare participant la sfîrșitul competiției. Recompensa cu valoarea cea mai mare revine cîștigătorului. Se pare că modelul recompensei diferențiate își are originea în lupta de supraviețuire pe care omul a trebuit să o ducă în cursul evoluției sale. Efectele competiției sînt multiple și depind de individ, de ceilalți indivizi, de natura sarcinii care trebuie îndeplinită, de recompensă etc. Ele pot fi benefice, dar și dăunătoare. Într-o competiție, nivelul de activare și motivare este ridicat, fapt ce duce la îmbunătățirea rapidității în

performanță, deci a cantității, dar nu și a calității, care este dependentă de relația dintre activare și aptitudine (JULIAN, 1968). Dacă o activare crescută poate determina o îmbunătățire a performanței în sarcini simple, ea



Foto : Gianni Capitanì

poate duce la o înrăutățire a acestuia în cazul unor sarcini complexe, cum ar fi rezolvarea problemelor. Competiția de grup poate determina stabilirea unor relații de prietenie și o mai bună comunicare între membrii grupului. La nivelul persoanei, situația de competiție poate duce la apariția unor stări anxioase și de panică, a sentimentului de eșec, precum și a diminuării stimei de sine. Competiția, din perspectiva individului, este justificată de doi factori principali : nevoia de apreciere (câștigătorului i se recunosc merite, este lăudat, se lărgeste aria relațiilor lui sociale etc.) și recompensa, care poate fi extrinsecă, dar și intrinsecă, atunci când individul devine propriul său competitor.

510. COMPETIȚIA A AFERENȚELOR • Proces neuro-fiziologic de filtrare a informațiilor, la diferite niveluri ale căilor senzoriale (recep-

tori, formație reticulată, talamus). Prin acest proces, se selectează pentru segmentele superioare ale sistemului nervos central numai impulsurile semnificative din punct de vedere informațional, reglindu-se astfel pragul de excitabilitate al structurilor nervoase implicate în procesul informațional. Acest prag poate fi scăzut, determinând psihologic starea de iritabilitate, întâlnită în nevroze sau în unele dizarmonii, psihoze afective sau poate fi crescut, în melancolie, schizofrenie.

511. COMPLEX (cf. lat. *complexus* „legătură, înlănțuire, imbinare”) • Termenul este specific limbajului psihanalitic și desemnează un ansamblu sistematizat de reprezentări și amintiri cu puternică valoare sau semnificație afectivă, ansamblu parțial sau total inconștient.

Termen îndrăgit de psihanalisti și, în măsură și mai mare, de cei care nu cunosc în suficientă măsură această teorie, vehiculat cu ușurință în limbajul curent, pentru a motiva anumite atitudini ale unui subiect la un moment dat, reprezintă un fel de explicație a ceea ce s-a întâmplat, în condițiile necunoașterii cauzei reale sau a imposibilității de a explica altfel evenimentul.

„Teoria complexelor” a avut darul de a explica, mai pe înțelesul tuturor sau al mai multora, unele manifestări ale psihismului, pentru care astăzi toate școlile de psihiatrie din lume au cu totul alte explicații. Această teorie a marcat un jalon în lungul drum al cunoașterii ființei umane, dar — așa după cum Laika nu a fost ARMSTRONG și nici ARMSTRONG n-a avut ultimul cuvânt în cunoașterea spațială — trebuie să acceptăm că ea a reprezentat numai o etapă istorică pentru psihiatrie, continuând să-i atragă doar pe amatori.

De altfel, deși psihanaliza nu recunoaște decît câteva complexe, în Dicționarele de Psihanaliză și Psihotehnică (MARYSE CHOISY), în revista „Psyche”, au fost descrise aproximativ 50 de complexe (mari și mici), fapt care justifică încercarea noastră de a acredita un nou complex — COMPLEXUL COMPLEXELOR, întâlnit la FREUD. Acesta (fapt ce poate surprinde) a avut reticențe în ceea ce privește teoria complexelor, recunoscînd numai utilitatea teoretică și practică a asociațiilor verbale și considerînd termenul de complex „...drept un cuvînt comun, cu o valoare mai mult descriptivă și mai puțin explicativ-interpretativă...”, el susține că „...noțiunea de complex tinde să acopere un cîmp mai larg de fapte și fenomene...”.

A nega însă valoarea istorică a teoriei complexelor ar fi o greșeală la fel de mare ca negarea

oricărei teorii sau ipoteze dintr-un domeniu care nu este încă pe deplin elucidat. În concepția psihanalistilor, complexe constituie o sursă de motivații, în special înconștiente; dacă aceste motivații se deformează prin nerezolvare, atunci ele determină manifestări simptomatice specifice, cu efect negativ în adaptarea individului la mediu. În patologia psihiatrică, maladiile în care complexe apar într-o formă morbidă sînt nevrozile. Psihanaliza, ca încercare de explicare profundă a psihismului, consideră că, în sensul lor originar, complexe nu sînt în mod necesar sursă de conflict, de eșec, de simptom. Menționăm, de asemenea, faptul că psihanaliza nu a rămas singura încercare de explicare a psihismului și a manifestărilor sale, ci reprezintă doar una dintre explicațiile posibile. Ea consideră că originea complexului se află în relațiile interpersonale, în special în acelea din perioada copilăriei. Într-un complex se pot manifesta toate nivelurile psihologice: emoțional, atitudinal, comportamental, adaptativ etc. (PONTALIS și LAPLANCHE).

Termenul de „complex” a fost utilizat și analizat în special de școala psihanalitică de la Zürich (BLEULER și JUNG). JUNG vorbește despre „complexe afective”, care aparțin înconștientului individual, în timp ce arhetipurile aparțin înconștientului colectiv (și arhetipurile se pot manifesta sub forma unor complexe personificate, devenind atunci asemănătoare unor „personalități parțiale independente”). Tot JUNG folosește expresia de „conținuturi constelate”, care răspund unor complexe cu energie specifică proprie. Prin constelația autorului înțelege o situație de experiență particulară, care mobilizează în individ anumite conținuturi; constelația acționează spontan, involuntar, fără ca subiectul să se poată apăra. JUNG definește complexul afectiv ca fiind o „imagine emoțională vie a unei situații psihice încheiate, imagine incompatibilă cu atmosfera și atitudinile habituale conștiente”. Complexele ar fi un fel de „personalități parcelare” (JUNG împrumută ideea de la JANET și M. PRINCE), care în vise și în psihoze, se manifestă direct (se „personifică”), nefiind supuse cenzurii. La omul primitiv, complexe nu sînt psihologizate; primitivul le resimte ca pe entități în sine și le conferă o forță „demoniacă” de posesiune. După E. RÉGIS și A. HESNARD, complexe (ca sisteme de imagini și amintiri reprezentînd o forță a psihismului înconștient) pot determina manifestări și atitudini conștiente, deci pot deveni cauze. Complexele se compun din: reprezentări, elemente intelectuale, elemente de experiență senzorială, elemente motorii (de exemplu, tendința la act) și elemente afec-

tive, acestea din urmă fiind cele mai importante. Originea complexelor se află în primele incidente din viața independentă a individului, perioada copilăriei fiind marcată de o puternică receptare afectivă. CH. BOUDOUIN plasează complexe între instinct și latura superioară a psihismului, afirmînd că „în orice complex sînt reprezentate mai multe instincte” și invers, „marile instincte sînt reprezentate în fiecare dintre marile complexe” FREUD este însă rezervat în ceea ce privește noțiunea de „complex”.

PONTALIS și LAPLANCHE consideră că noțiunea de complex ar avea trei sensuri existențiale:

- sensul originar, referitor la anumite lanțuri asociative fixe;
- sensul general, referitor la un ansamblu de trăsături personale, mai mult sau mai puțin organizate, cu accent pe componentele cu valoare esențială afectivă;
- sensul strict, cel păstrat de FREUD, și care se referă la complexul Oedip, desemnînd o structură de bază a relațiilor interpersonale familiale și modul în care persoana se plasează în cadrul acestei structuri.

CH. BOUDOUIN face următoarea clasificare a complexelor:

- complexe obiectuale, au la origine tendința de a posedea un obiect exterior (complexul Cain, complexul Oedip, complexul de distrucție sau sadic-anal, complexul spectacular);
- complexul Eului: subiectul este centrul preocupărilor sale (complexul de mutilare sau complexul de castrare, complexul Diana);
- complexe atitudinale — atitudini față de un mare număr de obiecte, care au la bază cele mai diverse tendințe (complexul de sevraj, complexul retragerii).

Legătura între complexe. Se consideră că nici un complex nu este izolat; de obicei, cînd se analizează un simptom sau o tulburare, se constată că ea trimite la un complex anume. Dar există totdeauna o convergență de cauze și aceste cauze, afirmă CH. BOUDOUIN, pot aparține unor complexe diferite, al căror punct de tangență îl reprezintă simptomul (de pildă, se poate intîlni o convergență între complexul Cain și complexul Oedip; în cazul în care ostilitatea oedipiană față de mamă se trans-

feră asupra surorii). CH. BOUDOUIN consideră că asocierile între diversele complexe sînt declanșate, în special, în situații particulare noi, survenite în perioada copilăriei. Menționăm că termenul de complex, precum și toate complexele* descrise de diverși autori sînt specifice teoriei psihanalitice, care încearcă o explicație a manifestărilor psihice luînd în considerație și motivațiile inconștiente. Psihanaliza nu reprezintă o explicație exhaustivă a omului, după cum psihologia, ca știință a motivației, nu se reduce la o singură categorie de motive.

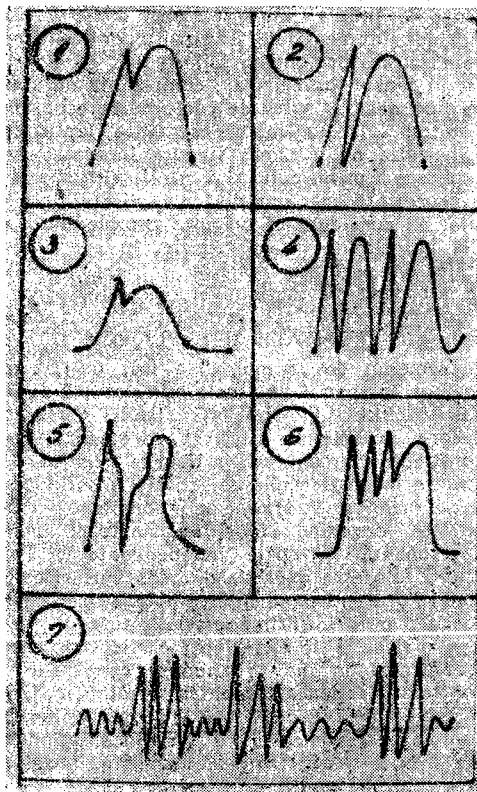
512. COMPLEX^(P) delir • Delir numit astfel de GUIRAUD, care îi adaugă și adjectivul de simptomatic, deoarece îi poate recunoaște originea exogenă (alcoolism, pielonefrită, infecții prelungite). Temele delirante nu sînt legate de amintirile din timpul stării onirice, luînd o alură expansivă și fantastică foarte precoce. Delirul se organizează în cîteva zile și se șterge într-un interval de timp ceva mai lung, luni sau chiar pînă la un an. Uneori dispăre brusc. Unii autori preferă pentru această formă de delir, termenul de delir sistematizat post-oniric.

513. COMPLEXE EEG • Reprezintă elemente grafoelectrice de mare valoare diagnostică. Morfologic, se compun din două elemente: un vîrf și o undă — dispuse după regula: vîrf precedă undă. În funcție de morfologia, frecvența, amplitudinea și periodicitatea celor două elemente componente, se realizează următoarele tipuri de complexe:

- complex vîrf-undă tipic: format dintr-un vîrf rapid situat pe partea ascendentă a unei unde lente (realizează, mai mult sau mai puțin, aspectul literei M), frecvența 3 c/s, generalizat și simetric, bisincron. Este caracteristic epilepsiei de „tip petit mal” (PM) (1).
- complex vîrf-undă atipic: format dintr-un vîrf bifazic și o undă lentă, frecvența 2,5—3,5 c/s; poate apărea izolat, localizat (în epilepsii jacksoniene, la unii nevrotici și personalități dizarmonice) și generali-

zat, în perioada critică din PM și inter-critic în „grand mal” (GM); — (2).

- complex vîrf-undă lent; format dintr-un vîrf și o undă lentă este semnul caracteristic al degradării psihice. Prezent în epilepsiile motorii minore și în PM; (3).



Complex EEG

1 — Complex vîrf-undă tipic; 2 — complex vîrf-undă atipic; 3 — complex vîrf-undă lent; 4 — complex vîrf-undă rapid; 5 — complex vîrf-undă degradat; 6 — complex polivîrf-undă; 7 — complex periodic repetat.

* În lucrare sînt prezentate următoarele complexe (→): ABANDON, AUTORITATE, CAIN, CASTRARE, CLYTEMNESTRA, DEMOSTENE, ELECTRA, EȘEC, FEDRA, FEMINITATE, GRISELDA, INFERIORITATE, IOCASTA, MASCULINITATE (sin. DIANA), MATERN, MEDEEA, OEDIP, ORESTE, PARENTAL, PATERN, PUTERE, SEVRAJ, SOACRA-NORA, SUPERIORITATE.

- complex vîrf-undă rapid: format din vîrf rapid și undă rapidă. Cu semnificații minore în diagnosticul epilepsiei. După alții, ar avea o valoare modestă, prin prezența sa cvasiconstantă în schizofreniile catatonice? — (4).

- complex vîrf-undă degradat: format din aceleași elemente — vîrf și undă, fiecare

putând avea însă o morfologie modificată, datorită tratamentului anticonvulsivant. Deci, este unul dintre complexe descrise mai sus, modificate, „degradate” de tratamentul anticonvulsivant § (5).

- **complex polivîrf-undă**: format dintr-o grupare de vîrfuri (3—5) rapide și o undă lentă. Se întîlnește în PM generalizat, iar valoarea lui semiologică și de diagnostic este în PM mioclonic § (6).
- **complex periodic repetat (RADERMECKER)**: format din grup de vîrfuri și unde lente foarte ample, 300—400 V, cu durata de 0,5—3 s, sincrone în toate derivațiile, cu periodicitate de 8—16 pe minut, cu distanță inegală între complexe. Este caracteristic pentru epilepsiile maligne ale sugarului, panencefalita sclerozantă subacută (PESS), leucoencefalita sclerozantă subacută Von Bogaert și extrem de rar întîlnite în clinica psihiatrică, dar atît de caracteristice grăfoelectric încît recunoașterea nu poate fi ratată (schîțează imaginea unui bulevard cu blocuri de aceeași înălțime dispuse din loc în loc.) (7).

514. **COMPLEXE (II) halucinații** ● Halucinații alcătuiind o structură halucinatorie complexă, definite, în opoziție cu cele elementare, ca fiind formate din mai multe senzații, care aparțin unui singur analizator sau mai multor analizatori § de exemplu, în cazul halucinațiilor auditive — halucinațiile verbale sau muzicale § în cazul halucinațiilor vizuale — halucinațiile cinematografice.

515. **COMPLEZENȚĂ SOMATICĂ** (fr. *com-plaintance*) ● Termen psihanalitic referitor la alegerea organului la nivelul căruia se produce convertirea conflictului intrapsihic pe plan somatic. Procesul de conversie se produce la nivelul unui organ care prezintă o „predispoziție”, în sensul semnificației pe care organul respectiv o are pentru individ; de aici rezultă calitatea de „punct de sprijin” și importanța disfuncționalității acestui organ și, mai ales, importanța pe care afișarea acestei disfuncționalități o are pentru cei din jur. Complezența somatică se referă și la căutarea inconștientă de a obține satisfacții, avantaje, beneficii prin intermediul bolilor. În afecțiunile psihosomatice, complezența somatică apare ca o „prelucrare” și „utilizare” nevrotică a simptomelor de la nivelul diferitelor organe.

516. **COMPLIANTĂ** (engl. *compliance* „supunere”) ● Noțiune referitoare la adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării sale de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață, ca și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic. HIPPOCRATE atrăgea atenția că pacientul „minte adesea atunci cînd afirmă că a luat medicamentele prescrise”. Odată cu sporirea arsenalului terapeutic, ca și cu creșterea „informației medicale libere”, complianta a scăzut, ajungînd, după unii autori, doar pînă la 1/10 din recomandările făcute de medic. Numeroși factori sînt incriminați în „non-compliantă”. Dintre aceștia vom menționa ca principale următoarele grupe: factori legați de trăirea bolii și de înțelegerea sa intelectuală de către bolnav; factori legați de relația medic-bolnav; factori legați de tipul tratamentului; factori legați de anturajul bolnavului. Dintre factorii legați de boală menționăm: diagnosticul, gravitatea, morbiditatea, evoluția, durata, iar dintre cei legați de tratament: existența unor produse cu acțiune prelungită, durata tratamentului, numărul de medicamente, frecvența crizelor și dimensiunea dozelor, prezența efectelor nedorite.

Relația medic-pacient poate fi un factor de creștere a compliantei atunci cînd există o optimizare a modului de comunicare, anterioară deciziei terapeutice și prezentării ei bolnavului, dar și un factor cu efect opus, ori de cite ori programul terapeutic este prezentat fără o „personalizare”, ca un ordin dat de pe o poziție de superioritate.

În psihiatrie, lucrurile sînt cu atît mai complicate, cu cît boala are o semnificație mai profundă pentru subiect, creîndu-i un grad de neliniște reactivă care îl poate depăși pe cel dat de afecțiunea ca atare. Evoluția cronică și existența unei patologii reziduale, uneori imposibil de abordat terapeutic, sînt surse suplimentare de non-compliantă. DAVIS relevă existența unui raport pozitiv între gradul de încredere pe care bolnavul îl are în medic și complianta terapeutică. Acest raport este și mai net atunci cînd terapeutul reușește să scadă tensiunea psihică a bolnavului în timpul consultației și să expună unele opinii neechivoce în legătură cu boala pacientului.

După HAYNAL A. și SCHULZ P. (1983) strategiile posibile pentru ameliorarea compliantei ar fi următoarele:

Fără să poată fi epuizată, problema compliantei rămîne de stringentă actualitate, fapt subliniat și de datele surprinzătoare pe care le oferă studiile experimentale. Astfel, TAG-

Tabel nr. XXXIX

Strategii utilizate pentru ameliorarea complianței	Randamentul strategiilor	Eforturi necesare din partea terapeuului
Verificarea modului de complianță a bolnavului Determinarea perspectivă a complianței bolnavului Instruirea bolnavului cu privire la boală și tratament Modificarea reprezentărilor bolnavului asupra bolii Explicarea în detaliu a tratamentului Ameliorarea relației medic-bolnav	<ul style="list-style-type: none"> ● crescut ● crescut ● mediu ● crescut ● mediu ● crescut 	<ul style="list-style-type: none"> ● puțin importante ● puțin importante ● medii ● medii ● puțin importante ● medii

GARTA, JOHNSTON G. și Mc DEVITT O., au demonstrat că priza unică este mai greu acceptată (deci non-complianță) decât priza multiplă (trei sau chiar mai multe administrări pe zi), deși aparent lucrurile ar trebui să se petreacă învers.

517. COMPLUTINE AZUL^(MC) Spania ● Produs terapeutic, conținând două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

● **PERFENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic;

● **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Acțiune sedativ anxiolitică.

518. COMPLUTINE ROJA^(MC) Spania ● Produs terapeutic, conținând două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează. Este compus din:

● **FENELZINA^(M)** — timoanaleptic, derivat hidrazinic (IMAO);

● **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Acțiune antidepresiv-sedativă.

519. COMPORTAMENT (fr. *comportament*; cf. lat. *comportare* „a transporta”) ● În sens larg, termenul desemnează ansamblul reacțiilor unor ființe, ca răspuns la o situație trăită, reacții ce se formează în funcție de stimulii din mediu și de tensiunile interne ale organismului. Aceste manifestări (reacții) au o anumită direcție și un anumit scop.

În sens restrins din punctul de vedere al behaviorismului, după A. TILQUIN (citată de R. LAFON), comportamentul este „ansamblul reacțiilor adaptative, observabile obiectiv, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimulii, de asemenea observabili obiectiv, stimulii ce provin din mediul în care trăiește respectivul organism”. Comportamentul, în sens global, are trei aspecte importante: conștiința asupra situației trăite (angajarea persoanei în acțiune, cu tot

cea ce persoana simte și înțelege, modalitatea persoanei de a rezolva situația); manifestările general-observabile (reacții fiziologice, fizice, acțiuni, operații materiale); manifestările strict legate de relația persoanei cu mediul de viață.

Sinonim, pentru comportamentul înțeles în sens larg, este termenul de „conduită”, care pentru P. JANET, este considerat ca obiect al psihologiei; pentru el, toate fenomenele psihice sînt acțiuni, fiecare acțiune fiind provocată și susținută de una sau mai multe tendințe, al căror scop este de a se finaliza (exemplu: conduita așteptării, conduita succesului). După LAGACHE, conduita se referă la „ansamblul răspunsurilor semnificative, prin care ființa vie, într-o situație anume, integrează tensiunile care amenință unitatea și echilibrul organismului”. Comportamentul ca formă de manifestare exterioară și observabilă a personalității, în relație cu un stimul anume sau cu o situație-stimul, este studiat, în special, de psihologia obiectivă. Dar maniera de a fi, de a acționa, de a-și modifica reacțiile specifice, proprie unui subiect anume devine o sursă reală de informații despre acel subiect numai dacă sînt realizate, fie și sub aspect ipotetic, o serie de inferențe între modalitățile de manifestare exterioară propriu-zisă și cauzele ei, întrucît semnificațiile unui gest uman sînt strîns legate de motivele sale. Considerăm că psihologia este știința motivației umane în cazul subiectului normal psihic și, de aici, a tuturor formelor de manifestare a motivelor, indiferent dacă aceste motive sînt conștiente și/sau inconștiente, cu condiția ca ele să rămîină în cadrul normalității.

520. COMPORTAMENT — tulburări ● Abateri de la normalitatea ansamblului de manifestări obiective, direct observabile, ale indivizilor față de mediul în care trăiesc, putînd avea expresii diferite, în funcție de circumstanțele:

complexe care le generează (vîrstă, raportul în care se află pulsioniile și motivațiile în cadrul structurii personalității, gradul de constrîngere pe care-l exercită mediul, cadrul psihopatologic).

Termenul s-a impus prin intermediul literaturii psihiatrice de limbă engleză, cîștigînd în concurența cu sinonimul francez : tulburări de conduită. Avînd avantajul de a fi accesibil publicului larg (care îi atribuie sensul de boală psihică), acest termen lasă să se înțeleagă că s-ar putea vorbi de o adevărată semiologie comportamentală care ar putea îngloba, la prima vedere, tot ce este anormal și accesibil observațiilor noastre, în modul în care oamenii își exteriorizează viața psihică. După cum observau POROT și PELICIER, imaginea ar fi însă falsă și mai ales superficială, alcătuită dintr-un amalgam de expresii care, deși pot fi asemănătoare, sînt, de fapt, rezultatul unor fenomene psihopatologice diferite. Nepunînd deci semnul egalității între tulburările de comportament și o semiologie a comportamentului (riscul de generalizare a tot ce înseamnă exprimare obiectivă ar dăuna aprofundării implicațiilor afective, voliționale etc. din cadrul manifestărilor patologice ale psihismului, în ansamblul său), admitem alături de alți autori (CRAMER, KERBIKOV, PREDESCU) că termenul trebuie utilizat pentru stadiul prepsihopatic, pentru perioada de constituire a terenului psihopatic (structurarea dizarmonică a personalității), mai ales de tip marginal → PSIHOPATIE.

Mai discrete sau mai evidente, provenind dintr-un deficit de atenție, memorie sau intelect, tulburările de comportament afectează, în final, activitatea relațională, pînă la nivelul său etico-moral, neajungînd însă la gradul de generalizare și de stabilitate pe care îl are personalitatea structurată dizarmonic (despre care se poate vorbi, în general, peste vîrsta de 18 ani, atunci cînd definitivarea procesului de formare a personalității a avut loc). Pubertatea, adolescența reprezintă perioade decisive în conturarea trăsăturilor specifice fiecărui individ în parte, situație în care nu se poate stabili un paralelism între gravitatea unor tulburări comportamentale și tulburarea psihică (eventual boală) a cărei expresie sînt. Astfel, o tentativă suicidală, o fugă, un act de violență sînt, cel mai adesea, mai mult expresia unui dezechilibru psihologic, îndeosebi afectiv, sau o modalitate inadecvată de exprimare a unei opoziții, decît expresia unei trăiri patologice elaborate.

Afirmația lui HUNTER că „adolescența este o perioadă a anormalităților normale” pune în

evidență gradul înalt de dificultate a încercării medicului psihiatru de a stabili semnificația și de a cîntări valoarea ne/patologică a unei tulburări comportamentale, în condițiile în care el trebuie să țină seama de contextul general al timpului în care trăiește și să încerce să uite „diferența” dintre generații. „Astăzi tineretul iubește luxul. El are obiceiuri rele, disprețuiește autoritățile, nu-i respectă pe cei bătrîni și pălăvrăgesc în loc să lucreze. Tinerii nu se mai ridică în picioare atunci cînd intră în cameră cineva mai în vîrstă decît ei, își contrazic părinții, vorbesc cu emfază, infulecă la masă, își tiranizează rudele”. Aceste cuvinte, dacă nu ar aparține lui SOCRATE referindu-se la decadența tineretului ateniian, ar putea foarte bine să fie luate drept descriere a adolescenților de azi. Cele două milenii care ne separă de autorul lor, ne obligă să ne alăturăm lui, dar ne fac să păstrăm circumspecția necesară față de acest „normal patologic”, pe care adolescența îl reprezintă.

Comportamentele suicidare (tentative și amenințări cu suicidul, acte suicidare propriu-zise) sînt foarte frecvente în adolescență (PASCALIS, 1970, le condșieră a doua cauză de deces la această vîrstă), sînt determinate, în imensa lor majoritate, reactiv (frustrări emoționale pe plan familial, erotic etc.) și sînt caracterizate prin rapiditatea trecerii la act, superficialitatea aparentă a motivațiilor, preferința pentru autointoxicațiile medicamentoase, raritatea unei patologii psihice veritabile asociate (QUIDU, 1977). „Mesajul” pare a exprima mai degrabă o nevoie de afecțiune, recunoaștere și înțelegere din partea autorajului, o dorință de autovalorizare și identificare. Repetarea unor asemenea „acte de curaj”, devine deja semnal de alarmă pentru debutul unor psihoze sau reprezintă consecința unei infirmități permanente sau a unei boli somatice cronice. Fugile reprezintă a conduită deviantă, frecventă în adolescență, încadrîndu-se, pe de o parte, în tendința naturală a psihologiei acestei vîrste (de desprindere, de opoziție, de aventură, de cunoaștere) sau, pe de altă parte, în circumstanțe patologice, care se manifestă prin această tulburare de comportament (epilepsie, oligofrenii, nevroze). Revolta crizei de adolescență se poate manifesta, de asemenea, prin fugă față de unele obligații cu contur social precis (școală, stagiu militar, loc de muncă), semnificînd o lipsă de rezistență la frustrare, dar poate fi și expresia unor impulsioni sau descărcare a unor tensiuni interioare. Cu excepția unor circumstanțe patologice care pot fi intîlnite și la alte vîrste (epilepsie, psihoze endogene), fugile adolescentului nu au o semnificație patologică majoră. „În

practică este foarte greu de deosebit fuga nepatologică de fuga reactivă patologică" (PREDESCU, 1982).

Comportamentele agresive și delinvența juvenilă („conduct disorders”, cum le numesc autorii americani) reprezintă atitudini și acte susținute și repetitive, cu conținut antisocial, cu manifestări de violență și agresivitate, descărcate de obicei exploziv. Pot lua aspecte variate: acte clasice, brutalizări ale fraților mai mici sau ale prietenilor mai tineri, dispreț și ostilitate de coloratură paranoică (BERNARD, 1976). Delinvența juvenilă include o parte dintre aspectele arătate mai sus, precum și furt, acte de huliganism, viol, în geneza sa putând fi incriminată imaturitatea afectivă, intelectul liminal, dezvoltarea dizarmonică a personalității; o categorie care nu trebuie neglijată este reprezentată de indivizii care au suferit agresiuni traumatice, infecțioase, toxice, cu răsunset cerebral (stări psihopatoide).

Toxicomaniile realizează o dublă deviație: psihologică și socio-culturală, prin perturbarea dezvoltării personalității adolescentului, care nu se mai maturizează și prin „marginalizarea” socio-culturală. Prăbușirea adolescentului în prăpastia alcoolismului, existența unor episoade confuzionale și suprapunerea cu alte sindroame psihopatologice fac din toxicomani o problemă redutabilă la această vîrstă.

Plasticitatea de care dispune încă personalitatea pînă la împlinirea vîrstei (simbolice) de 18 ani este factorul care conferă expectanței valoarea principiului de certitudine, în transformarea tulburărilor de comportament în tulburări de personalitate.

521. COMPORTAMENT ANTISOCIAL ●

Formă de comportament deviant (delinvență) întilnită în tulburarea personalității de tip antisocial, constînd în cronicitatea comportamentului dezadaptat, prin care se violează drepturile celorlalți. Din punct de vedere psihiatrico-judiciar, comportamentul antisocial se caracterizează prin recidivă și prin precocitatea debutului (înaintea vîrstei de 15 ani).

Simptomele predictive ale comportamentului antisocial la copil (ROBINS, 1966 și WINOKUR, CROWE, 1975) sînt :

Tabel nr. XL

Simptom	% adulți antisociali care prezintă simptomul	% copii care au prezentat simptomul și au devenit adulți cu comportament antisocial
● furt	83	31
● încăpăținare	80	30
● absenteism	66	34
● fugi	65	33
● prietenii rele	56	30
● intîrzieri la întoarcerea acasă	54	30
● agresiune fizică	45	32
● ocupații utile reduse	44	32
● impulsivitate	38	35
● nesăbuiță, nepăsare	35	29
● ținută neglijentă	32	34
● enurezis	32	29
● absența sentimentului de vinovăție	32	38
● raporturi sexuale premaritale	28	31
● minciună patologică	28	31
● perversiuni sexuale	18	38

Simptomele comportamentului antisocial la adult (ROBINS, 1966 și WINOKUR, CROWE, 1975) sînt :

Tabel nr. XLI

Sfera de viață	Procentul adulților antisociali cu probleme semnificative
● tulburări la locul de muncă	85
● căsătorie nereușită	81
● dependență financiară	79

Tabelul XLI (continuare)

Sferă de viață	Procentul adulților anti-sociali cu probleme semnificative
● arestări	75
● abuz de alcool	72
● dificultăți școlare	71
● impulsivitate	67
● comportament sexual dezordonat	64
● adolescență dificilă	62
● vagabondaj	60
● conflictualitate	68
● izolare socială	56
● probleme în timpul serviciului militar (cei care l-au efectuat)	53
● absența sentimentului de vinovăție	40

522. **COMPORTAMENT CRIMINAL** ● În sens restrâns, comportamentul autorilor de crime (omoruri și furturi calificate, atentat la moravuri și violență, delikte de furt, escrocherie, lovituri, vătămări corporale). Comporta-



Oreste ucide pe Egist

mentul criminal, ca fenomen de ansamblu, este caracterizat prin marea diversitate a infracțiunilor și a motivației lor; ca fenomen individual, poartă specificitatea subiectului și a contextului în care acesta acționează, având importanță din punct de vedere juridic pentru individualizarea pedepsei sau a măsurilor de

siguranță menite să prevină recidiva. Criminologia studiază comportamentul criminal, factorii ce participă la formarea personalității viitorului criminal și elementele ce determină actul criminal. Teoriile genetice ale comportamentului criminal sînt eterogene, luînd în discuție factori biologici (DUPRÉ, teoria tipologică a lui KRETSCHMER), constituționali (ereditari sau cîștigați), caracteriologici (LE SENNE, LOMBROSO, care îl conține chiar ca pe un comportament atavic), psihologici, psihodinamici (exteriorizarea unor pulsuni inconștiente — HESNARD), sociologici (SUTHERLAND).

Teoriile biologic-constituționale, derivate din frenologia lui GALL, al căror principal reprezentant rămîne LOMBROSO („Criminalul în-născut”), sînt perimate prin exclusivismul lor, care ignoră participarea în constelația genetică a comportamentului criminal a factorilor sociali. JACOBS (1965), NIELSEN (1971) au oferit o ipoteză genetică, rezultată din observarea prezenței disomiei Y (XYY), în genotipul bărbaților internați în servicii psihiatrice destinate bolnavilor delincvenți (cu rata 1—2%, mai ales la cei de talie crescută, față de 1—2‰, în populația generală). Nu se poate vorbi de „un cromozom Y al crimei”, pentru că formula XYY a fost observată și în cariotipul a numeroși-subiecți lipsiți de orice comportament criminal, riscul pentru devianță fiind de numai 3% la purtătorii disomiei Y. Se descriu diverse tipuri de criminali, caracterizate printr-un anumit specific infracțional:

- „Normali” :
 - profesioniști — apti de a evita cu abilitate represiunea legii ¶
 - ocazionali — actul criminal este un accident surprinzător la o personalitate aparent echilibrată, produs din necesitate, neglijență, imprudență, privațiuni ¶
- „Anormali” :
 - oligofreni — comit orice fel de act criminal, uneori ca urmare a sugestibilității lor crescute ¶
 - deteriorați mintal, demenți — acțiuni puțin elaborate, ca și oligofrenii, cînd spre satisfacerea unor dorințe elementare ¶
 - schizofreni — crime bizare, uneori omor patologic, incomprehensibil, frecvent asupra membrilor familiei ¶
 - deliruri sistematizate, în special paranoia — crima este consecința logică a conținutului delirant al gândirii (geozia, persecutatul-persecutor) ¶
 - epileptici — raptus, cu acte criminale de mare cruzime, sau în timpul unor

stări crepusculare postcritice ; impulsivitatea, ca tulburare intercritică, este specifică pentru comportamentul criminal ;

- personalități dizarmonice — furnizează majoritatea actelor criminale datorită polimorfismului simptomatic consecutiv dizarmoniei lor structurale, potențialului antisocial polyvalent, lăbilității afective, consumului de alcool și droguri, care le potențează comportamentul antisocial.

523. COMPORTAMENT DISSOCIAL ● Varietate a comportamentului deviant, determinată și manifestată mezologic (subcultural) la nivel grupal (LUDWIG, 1980). Zona de manifestare a comportamentului disocial este, prin definiție, diferită și mai extinsă decât cea a comportamentului antisocial, comportamentul disocial fiind definit numai în raport cu norma specifică a societății din care grupul deviant s-a desprins. Trăsăturile sociopatice de personalitate (constituționale) nu sînt prezente sau, în orice caz, nu sînt obligatorii la indivizii cu această formă de tulburare de comportament, care se constituie prin influențe negative socio-economice, suculturale (grupurile „boeme”, beat, pop, consumatori de droguri, cu devianță sexuală consecutivă), din grupul primar deviant, prin limitarea progresivă a ocaziilor favorabile de recuperare (școli de corecție, detenții repetate). Particularitatea grupurilor disociale o reprezintă „comportamentul de paradă”, ostentativ, la adresa convențiilor și valorilor sociale curente, ce este însoțit de consecințe judiciare, familiale, profesionale. Reintegrarea socială a acestor indivizi nu pare posibilă după vîrsta de 30—40 ani, chiar în condiții sociale favorizante, permissive și virtual recuperatorii, putîndu-se vorbi, în aceste cazuri, de o „psihopatizare” socio-genetică a personalității. Fără să constituie o specie psihiatrică ca atare și fără să poată fi negată nici pre existența unei predispoziții (nu toți subiecții din medii cu risc disocial devin disociale), această formă de tulburare de comportament se justifică prin mecanismul clar sociogenetic și prin formele de manifestare distincte ale comportamentului antisocial.

524. COMPORTAMENT INVESTIGATIV-ȘTIINȚIFIC (Capacitate de investigare și descoperire științifică) ● Concept fundamental în psihologia științei care desemnează activitatea, de „problem-solving”, în situații problematice, impunînd determinarea variabilelor și a interrelațiilor în sisteme procesuale, obiectuale,

conceptuale. Prin studii de tip genetic-formativ, au fost identificate „deprinderi științifice” și condiții de formare a acestora la diferite vîrste, o pondere însemnată revenind folosirii modelelor experimentale de tip unifactorial (pentru „sistemele bine organizate”) și multifactorial (pentru cele „difuze”). Are aplicații în fundamentarea învățării „prin descoperire dirijată”, în programele de antrenare a creativității, în selecția și perfecționarea cadrelor.

525. COMPREHENSIUNE (fr. *compréhension* „înțelegere”; cf. lat. *comprehensio* „prindere, capacitate de a lega ideile”) ● Termenul are cîteva accepțiuni care, deși nu sînt total diferite, implică anumite nuanțe :

În sens filozofic — act de înțelegere intuitivă, non-discursivă, a unui fenomen sau a unei semnificații. În filozofia vieții (W. DILTHEY, G. SIMMEL, O. SPENGLER, E. SPRANGER, H. KEYSERLEING), comprehensiunea este definită ca metodă specifică și adecvată științelor sociale și istorice. În opoziție cu explicația (analitică, discursivă) proprie științelor naturii, DILTHEY caracterizează comprehensiunea drept cuprindere intuitivă, sintetică și globală a sensului indivizibil pe care-l poartă faptele sociale și evenimentele istorice ; definit drept conținut al trăirilor sufletești, sensul nu este accesibil calculului rațional, a cărui analiticitate îl modifică, ci numai comprehensiunea, exclusiv ca trăire interioară sau reinviere în subiectivitate. „Natura o explicăm, iar psihicul îl înțelegem”, spune DILTHEY. Alături de acesta, WEBER, SPRANGER considerau comprehensiunea ca o modalitate de cuprindere a semnificațiilor spirituale.

În fenomenologie, comprehensiunea înseamnă realizarea unei imagini globale a obiectului, prin sinteza ipostazelor unilaterale în care acesta apare subiectului, în succesiunea actelor de contemplație. Această „dezvăluire de sens” este aplicabilă mai ales acțiunilor, faptelor umane (un gest relevă personalitatea celui care-l efectuează). Această observație a permis lui K. JASPERS să evidențieze o caracteristică de bază a reacțiilor psihice patologice, și anume că tematica tabloului psihopatologic este inteligibil legată de conținutul traumei psihice. Aspectul este total absent (sau numai aparent) în psihozele endogene, unde trăirile psihotice cuprind o tematică total desprinsă de existența subiectului.

526. COMPROMIS (fr. *compromis* ; cf. lat. *compromittere*) ● În mod curent, termenul se referă la situația în care se adoptă o soluție ce reprezintă o concesie, un acord încheiat prin cedare reciprocă, o conciliere (paranoicul nu va

accepta niciodată compromisul, pentru că el nu acceptă concilierea).

În psihanaliză, compromisul apare ca rezultat al luptei ce se duce între dorință și apărare, între subconștient și conștient : dorința, reprezentarea refulată, care caută să revină în conștient, nu este acceptată decît cu condiția ca ea să nu fie recunoscută (rolul de apărare). Exemplul cel mai elocvent pentru formarea compromisului este viciul : conștientul acceptă forma care, de fapt, este dorință inconștientă .

527. COMPULSIE (cf. lat. *compulsio* „constringere“) ● Apariția în gîndirea subiectului a unei idei care contrazice total convingerile sale. Ideea îl îndeamnă spre executarea unor acte fără sens, ridicole, grotești, totdeauna încărcate de agresivitate contra subiectului sau a altcuiva. Bolnavul își reprezintă mintal foarte viu scena îndeplinirii acțiunii respective, dar prevede și consecințele ei. Actul este evitat, rațiunea bolnavului stăpînind situația, dar reținerea determină neliniște, anxietate, o insuportabilă tensiune psihică. Pentru diminuarea anxietății, reprezentarea mentală a actului fiind foarte puternică, apare o schiță simbolică de gest — echivalentul a ceea ce subiectul ar fi vrut să execute — sau un substituit, un act stereotip, standardizat (ritual). De obicei, teama de a nu comite actul impulsiv se menține atîta timp cît subiectul se află în situația de a-l putea executa ; de aceea, el ia frecvent măsuri de apărare, cu evitarea circumstanțelor favorizate. Menționăm că executarea actului agresiv propriu-zis este excepțională și semnifică întotdeauna trecerea barierei psihotice. Simptomul este frecvent la personalități dizarmonice și în nevroză obsesivo-fobică.

528. COMPULSIE DE REPETIȚIE ● Din punct de vedere psihopatologic, este un proces cu origine inconștientă, constînd în faptul că persoana se plasează în situații dificile, repetind experiențe vechi și avînd o puternică impresie că ceea ce i se întîmplă este motivat în prezent și că nu există un prototip al acestor experiențe. În teoria lui FREUD, compulsia de repetiție este considerată un factor autonom, care nu depinde de o situație conflictuală (nu decurge dintr-o dinamică conflictuală), ceea ce intervine în acest caz fiind un joc între principiul plăcerii și principiul realității. Acest factor se raportează la caracterul conservator al pulsioniilor. FREUD se referă la compulsivitatea de repetiție în „Dincolo de principiul plăcerii“, discuția asupra termenului, a accepțiunii sale și a delimitărilor necesare implicînd trimiteri la alte noțiuni de psihanaliză : pulsivitate, pulsivitatea morții, principiul plăcerii. În confruntarea

psihanalizei cu fenomenele de repetiție, se conturează două categorii de fapte : în primul rînd, anumite simptome, cum sînt ritualurile obsesionale, și în al doilea rînd, semnificația psihanalitică a simptomului, constînd în reducerea deghizată a unui conflict trecut (conținuturile refulate tind să se reîntoarcă în prezent, sub formă de vise, de simptome, de „mise en acte“). Transferul, în cadrul curei psihanalitice, realizează actualizarea conflictului în relația cu analistul — repetiția transferențială. În nevroză de destin (ca formă de existență caracterizată prin revenirea periodică a unor evenimente identice, nefericite, revenire pe care subiectul o resimte ca efect al unei fatalități exterioare), originile inconștiente ale manifestărilor trimit la compulsia de repetiție. Faptul că nevroticul reproduce și repetă în transfer diverse împrejurări și situații afective, de cele mai multe ori neplăcute, nu îi este în exclusivitate specific și există persoane care au impresia că ceva malefic se manifestă în tot ceea ce li se întîmplă. Psihanaliza consideră că acest lucru nu are un determinism în exterior, ci se leagă de o dinamică a inconștientului, de anumite influențe suportate de subiect în perioada primei copilării. De pildă, sînt persoane cărora li se întîmplă să eșueze mereu în anumite acțiuni sau ale căror prietenii sîrînesc totdeauna prost, sau, persoane care simt în permanență nevoia de a idealiza pe cineva, iar cînd idealul le dezamăgește își găsesc altul ; există bărbați ale căror atitudini față de femei se repetă și ajung la același rezultat. Acest „retour éternel du même“, spune FREUD, își găsește explicația în măsura în care persoana în cauză are o trăsătură anume de caracter, ce provoacă un anume tip de intervenție, de alegere, de acțiune, ceea ce favorizează aceleași experiențe psihice ; dar există evenimente ce se reproduc și se repetă chiar în viața unor persoane pasive, care nu intervin în mod vizibil, manifest, ci doar suportă un anume tip de experiență. Astfel, FREUD vorbește despre tendința de repetiție ca despre un factor autonom, variabil și sesizabil atît în cazul nevroticilor, în timpul curei analitice, în relația transferențială, cît și în cazul destinului unor subiecți normali (persoane la care nu există semne ale unui conflict nevrotic generator de simptome) ; tendința de repetiție pare să nu țină cont de principiul plăcerii. Pe de altă parte, aceeași tendință se poate uni cu principiul plăcerii, cu încercarea de căutare și satisfacere directă a anumitor dorințe. FREUD consideră că, în visele bolnavilor cu nevroză traumatică (nevroză traumatică fiind consecința unor mari rupturi în bariera de apărare, după opinia sa)

vis care au drept scop readucerea subiectului în situația provocatoare de traumă, intervine tendința de repetiție, ca tendință primitivă, anterioară principiului plăcerii ; în acest sens, visele nu reprezintă o realizare a dorințelor, întrucât intervenția principiului plăcerii necesită o perioadă preliminară : evocarea a ceea ce a fost uitat și refutat. FREUD face o distincție între manifestarea tendinței de repetiție din jocul copilului și aceeași manifestare la adult, în raport cu principiul plăcerii. La copil, reproducerea și repetarea unei situații dezagreabile (rezolvarea evenimentului neplăcut ; vezi jocurile de sevrăj cu valoarea cathartică și terapeutică) nu este unica posibilitate ; copilul repetă și reproduce și situații plăcute, ținând, de exemplu, să i se repovestească exact, cu aceleași amănunte, istorii care i-au făcut plăcere. Repetițiile nu vin în contradicție cu principiul plăcerii, repetiția ca redescoperire a identității fiind o sursă de plăcere. Adultul, dimpotrivă, găsește o satisfacere a plăcerii într-o situație nouă (rar un adult citește de câteva ori o carte, pagină cu pagină, sau vede de câteva ori un film pentru simplul motiv că i-a plăcut ; de obicei, aceste reluări, la adult, sînt determinate de alte motive). Tendința care îndeamnă adultul la reproducerea unor evenimente din copilărie este independentă de (dincolo de) principiul plăcerii ; se produce un fenomen de regresie, evidențierea unei legături între ceea ce s-a refutat și anumite experiențe din prima copilărie presupunînd, din partea subiectului, o modalitate infantilă de comportare ; aceste experiențe infantile sau, mai precis, evocarea lor arată că ele sînt incompatibile cu procesele secundare. Tendința de repetiție în cadrul curei (repetiția transferențială) poate constitui la un moment dat, un obstacol în tratament, mai ales spre final, cînd pacientul trebuie să se detașeze de terapeut. Tendința de repetiție se leagă, în sfîrșit, de impulsunile instinctive. Instinctul este un factor de conservare, ce tinde să reproducă o stare anterioară : toate instinctele se manifestă prin încercarea de a reproduce ceea ce a existat deja ; ființa vie, la nivelurile ei elementare de existență, tinde să rămînă imuabile, să ducă o viață uniformă, în condiții invariabile. Dar realitatea exterioară este variabilă, astfel încît instinctele, conservatoare prin natura lor, sînt obligate să asimileze aceste modificări din afară și să le conserve, în vederea repetiției. Astfel, FREUD va lega tendința de repetiție de instincte, de caracterul lor regresiv.

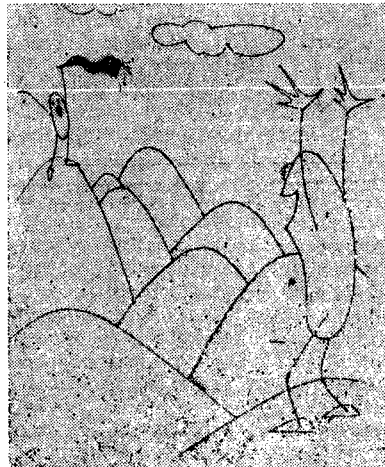
PONTALIS și LAPLANCHE citează pe Edward BIBRING, care propune o distincție între tendința repetitivă aparținînd Sinelui și tendința restitativă, funcție a Eului. Astfel,

tendința repetitivă este independentă de principiul plăcerii (în măsura în care experiențele repetate sînt agreabile sau dezagreabile) dar nu se opune, cu necesitate, acestui principiu. Tendința restitativă este o funcție care încearcă restabilirea situației anterioare traumatizantului ; deci fenomenele de repetiție sînt folosite în beneficiul Eului. În acest sens, BIBRING distinge :

- mecanisme de apărare în care Eul rămîne sub influența compulsiilor de repetiție, fără a soluționa tensiunea internă ;
- procese de abnegație, în care excitația se descarcă imediat ;
- mecanisme de degajare, ce dizolvă progresiv tensiunea, schimbînd condițiile interne, care au provocat-o.

529. COMUNE^(R) halucinații (cf. lat. *communis*) ● Tip de halucinații psihosenzoriale auditive, cărora bolnavul le atribuie modalități de producere bine definite, raportînd conținutul acestora la o anumită sursă (obiect sau fenomen). Termenul este rar folosit, întrucît semnificația sa psihopatologică este extrem de redusă.

530. COMUNICARE (cf. lat. *communicare* „a împărți, a împărțși ceva”) ● Proces complex, care face posibilă interacțiunea socială dintre



individii umani, implicînd transmiterea prin sisteme codificate și limbaj, a ideilor și sentimentelor. Comunicarea interumană nu se reduce numai la canalul verbal, ci și la canalele informaționale auxiliare, non-verbale. Gesturile, expresiile afectivității, atitudinile sînt coduri folosite în transferul de informație care, ca și

limbajul, sînt standardizate socio-cultural. Comunicarea verbală, prin care se realizează limbajul, ca funcție de maximă complexitate a psihismului, cu care acesta este, după cei mai mulți autori, unitar. Limbajul, ca principal mijloc de comunicare interumană, presupune o mare diversitate a resurselor de expresie, care îmbină, în modalități sui generis, dimensiunea denotativă, conotativă, figurativă, normativ-imperativă etc. Limbajul este un instrument obiectiv de comunicare, constituit și condiționat socio-istoric, punind la dispoziția indivizilor un inventar lexical și un sistem de reguli gramaticale, a căror recunoaștere și utilizare generală creează posibilitatea unui schimb eficient de mesaje, inteligibile pentru toți subiecții care vorbesc o anumită limbă.

Oricît ar fi însă de perfecționat limbajul și oricît de exersată abilitatea expresivă a subiecților care îl utilizează ca instrument de comunicare, în viața lăuntrică a individului rămîne întotdeauna un strat rezidual de intuiții, emoții, conținuturi perceptivă, apetențe instinctuale etc., care se refuză expresiei lingvistice. Controversele în jurul acestei chestiuni tind să se polarizeze :

- la o extremă, se situează concepțiile care extind comunicarea dincolo de sfera limbajului, apreciind că nu tot ceea ce nu se poate spune este inexprimabil și in-comunicabil. Există, conform acestor teorii, modalități infra- sau paralingvistice, care permit interpretarea subiectivităților prin comunicarea sufletească nemijlocită și identificare cu altul : iubirea (PLATON), prietenia (SENECA), respectul (KANT), simpatia (M. SCHERER). Excesive sînt acele interpretări (existențialismul, personalismul, fenomenologia) care tind să descalifice limbajul ca mijloc eficient de comunicare, apreciind că structura sa rațională și determinarea sa social-istorică sînt instanțe ce falsifică schimbul de mesaje dintre oameni, prin automatism și convenționalism, care anulează unicitatea ireductibilă a fiecărei persoane. Exaltînd singularitatea Eului exilat într-o lume ostilă, în care conștiința se înstrăinează sub asaltul clișeelelor stereotipe ce șterg și aplatizează individualitatea, reprezentanții ontologiilor idealiste se află în fața unei alternative precare : fie supralicitarea formelor inefabile de comunicare, ce diferă de rațiune și limbaj, făcînd să vibreze registrele obscure, abisale și insondabile ale personalității, fie postularea tăcerii absolute, ca preț absurd al deplinei autenticități, al

cărei atribut definitoriu devine incomunicabilitatea ;

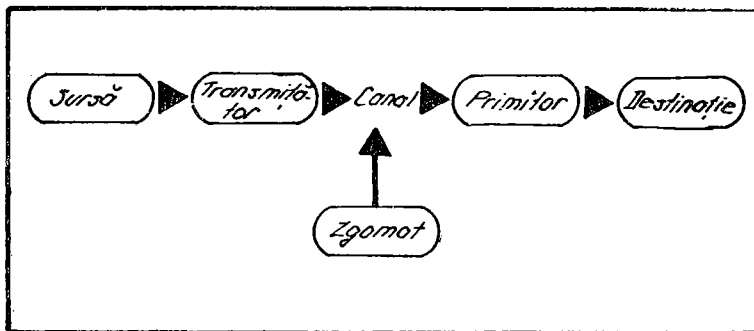
- la cealaltă extremă, se situează teoriile structuraliste, care ignoră în mod programatic virtuțile expresive ale limbajului și formele de comunicare empatică, extralingvistică, pe care le comunică din aria lor de investigație, considerîndu-le fie născociri discurantiste ale „umanismelor“ minore, de factură idealistă, fie carențe sau distorsiuni ale procesului de comunicare, ce-și au sorginea în mărginirea și imperfecțiunea psihică a subiecților empirici. Orientările structuraliste privesc comunicarea exclusiv ca schimb de mesaje informaționale, ale căror mecanisme și praguri de performanță sînt integral determinate de proprietățile intrinseci ale structurilor semnificante, obiectivate în coduri și sisteme impersonale, utilizarea lor de către subiectul empiric nefiind decît o acutizare aproximativă, imperfectă, ce introduce variabile aleatorii. Făcînd abstracție de excesele anumitor interpretări filozofice de tip structuralist, trebuie subliniat faptul că investigația pozitivă, științifică, a proceselor comunicaționale a dobîndit succese remarcabile în ultimele decenii, cînd s-au constituit mai multe discipline specializate în studierea diferențelor aspecte ale schimbului de mesaje : cibernetica, teoria informației, semiotica (semiologia) — cu cele trei perspective tematice și metodologice ale sale : sintactică, semantică și pragmatică.

Comunicarea nonverbală are fie funcție de complementaritate în raport cu cea verbală, fie de substituție a acesteia. După ENĂTESCU, ea poate fi diferențiată în : comunicare meta-verbală, paraverbală și disverbală. O serie de lingviști (dar și alte tipuri de specialiști) consideră psihiatria ca un cîmp de elecție al studiilor și cercetărilor în patologia comunicării. Mai mult, unii consideră că, în psihiatrie, nu există nimic în afara comunicării. După LANTERI-LAURA, fiecare tip de comunicare poate fi privit la două niveluri : cea nonverbală, la nivelul comportamentelor elementare și la cel al comportamentelor elaborate ; cea verbală, la nivelul nonlingvistic și la cel lingvistic. Componentele elementare ale comunicării ar fi mimica, gesturile, prezentarea, ținuta, iar cele elaborate ar fi legate de conduitele orale, sfincteriene, sexuale și sociale. Nivelul nonlingvistic se referă la folosirea relației verbale (mutism, reticență, prolixitate, bradi- sau

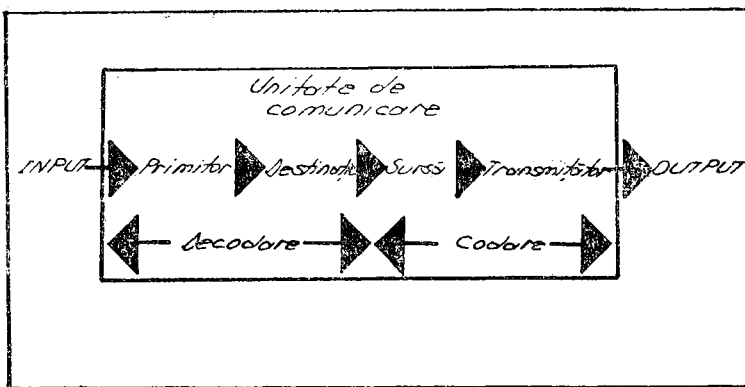
tahifemie). Nivelul lingvistic ar corespunde nu numai fenomenelor de articulare, ci și construcțiilor morfosintactice și lexico-grafice.

Ultimele decenii au adus în discuție patologia comunicării, în care, pentru psihiatrie, se

grade diferite. Comunitatea poate fi : familială, urbană, sătească, regională, națională. Prin extensie, se vorbește despre omenire ca despre comunitatea umană. Psihiatria, mai ales cea de orientare transculturală, a putut evidenția



Schema unui sistem de comunicare elementar (Shannon și Weaver)



Schema unei unități de comunicare (Osgood și Sebeck)

notează un cimp fertil de investigație. Menționăm descrierile făcute schizofreniei ca boală de comunicare, modelul deficitului de comunicare din nevroze, alexitimia, autismul infantil. Relația de comunicare cu bolnavul poate fi analizată semiologic ca atare, rămânând în sine o problemă pentru psihiatru.

531. COMUNITATE (engl. *community*; cf. lat. *communitas*) ● Termen care, în psihologia socială, desemnează ansamblul indivizilor care trăiesc în proximitate și au interese și tendințe comune, aspirații asemănătoare; relațiile dintre aceștia se caracterizează prin solidaritate în

uneori o patologie comunitară sau, dimpotrivă, absența (prin acceptarea unor comportamente ca normale) unei anumite patologii, într-o comunitate dată.

532. COMUNITATE TERAPEUTICĂ ● Instituție terapeutică, pe care, în mod paradoxal, antipsihiatria, caracterizată prin existența unor determinări etiologice, biologice și intrapsihice ale bolii psihice, o propune ca alternativă terapeutică pentru determinarea socială a acesteia. Consecință a lucrărilor lui MAXWELL JONES, care a obținut rezultate deosebite la Spitalul Beaumont, în terapia foștilor com-

batanți din ultima conflagrație mondială, comunitatea terapeutică se înscrie în mișcarea mai largă, inițiată de BELL în psihiatria engleză, de „deschidere a ușilor”. După CLARCK (citată de MIRONȚOV-ȚUCULESCU) considerentele teoretice ale comunității terapeutice ar fi: eliberarea comunicațiilor, analiza tuturor evenimentelor, procurarea de trăiri instinctive, aplatizarea piramidei autorității, întemeierea comunității.

Comunitatea terapeutică a fost experimentată în practică de „antipsihiatrii” britanici, ceea ce le-a adus, din partea lui TH. SZASZ, acuzația de inconsecvență. Eficiența terapeutică a acestor comunități, supuse în exclusivitate regulilor grupurilor nu a atins valori semnificative decât în cazuri foarte limitate. Cu toate că eșecul comunității terapeutice nu mai poate fi pus de nimeni la îndoială, există în prezent un reflex pozitiv al acestei abordări, care a readus în discuție (și în practică) îmbunătățirea atitudinii față de bolnav în spitalul clasic de psihiatrie, favorabilă practicării psihiatriei comunitare.

533. COMUTATIV/COMUTATIVITATE (fr. *commutatif, commutativité*; cf. lat. *commutare* „a schimba”) ● *Comutativ*: caracteristică funcțională a sistemelor de reflexe de a se adapta schimbărilor din mediu, de a răspunde diferit la același stimul, aplicat însă în situații diferite (cercetările lui ASTRATIAN), ceea ce a dus la ipoteza existenței unui „reflex de ambianță”.

● *Comutativitate*: caracteristică a atenției, gândirii, percepției, de a se depiașa de la o activitate la alta, ce intervine subit și necesită să fie analizată și efectuată. Această capacitate de adaptare rapidă este scăzută în stările de epuizare psihică; depresivului îi lipsește suportul dinamico-energetic (dar și interesul pentru fenomenele ambientale) pentru a putea avea o comutativitate a atenției sau gândirii, procese care rămân concentrate asupra problemelor, frământărilor dureroase interne; schizofrenul, detașat de realitate, dezinteresat de ambianță, nu sesizează necesitatea adaptativă a comutativității; la maniacal, atenția, gândirea trec rapid de la o situație la alta, practic orice stimul din ambianță atrăgându-l; comutativitatea își pierde însă caracterul adaptativ, prelungindu-se în patologice.

534. CONACID-D (M^C) Argentina ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează. Este compus din:

● **DIPOTASSIUM CLORAZEPAT** (M^C) – tranșilizant, derivat benzodiazepinic;

● **NOXIPTILINĂ** (M^C) – timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.
Acțiune antidepresiv-anxiolitică.

535. CONAȚIE (cf. lat. *conatus* „încercare, tentativă”) ● Tendință, înclinație a unui subiect de a acționa sau de a intenționa să acționeze. Termenul este creat de SPINOZA care îi atribuie reuniunea dintre latura afectivă și volițională, opunându-l cognitivului.

În sens psihologic, se descriu trei categorii de funcții psihice: cognitivă (perceptivă sau intelectuală); emoțională; conativă. Din ultima categorie fac parte instinctele, impulsivunile, dorințele etc. Psihologii francezi utilizează termenul în sens de „efort” de „voiață” – vezi aspectele afective și conative (voliționale) ale personalității. În psihiatrie, conația este afectată mai ales în psihozele schizofrenice și afective, constituind și unul dintre nivelurile la care acționează medicamentele neuroleptice.

536. CONCENTRARE (fr. *concentrer*; vezi lat. *centrum*) ● Proprietate a atenției de a focaliza activitatea psihică asupra unui obiect, fenomen, a unei acțiuni sau idei, în funcție de interesul pe care acestea îl suscită. Din punct de vedere neurofiziologic, concentrarea este expresia focarului de excitabilitate optimă sau a dominanței iar din punct de vedere psihologic, constă în depășirea concurenței activităților (H. PIÉRON) și în asigurarea unei selecții și convergențe a acestora. Profunzimea concentrării este dată de intensitatea orientării și de organizarea activității atenției, variind direct cu gradul de mobilizare a activității cognitive într-o direcție sau alta, și coincide cu cea mai înaltă rată de claritate și adincime a acțiunii conștiente.

537. CONCENTRICITATE (fr. *concentrique*; vezi lat. *centrum*) ● Delirul de revelație este prin excelență un delir concentric, care tinde să se organizeze în jurul unei teme prevalente și a personalității subiectului. ROELENs consideră că această legătură cu personalitatea delirantului este asemănătoare unui film răsturnat a ceea ce s-ar putea numi: „reava conștiință” a senzitivului, adică, în anumite limite, exact contrariul aparent liniștitului „*modus vivendi*” al acestuia cu lumea. Delirul, proiecție și ficțiune, își structurează organizarea „polițistă” sub imperiul acestei concentricități accentuate.

538. CONCEPT (cf. lat. *conceptus* „gândire, concepție, idee”) ● Idee abstractă, noțiune care constituie treapta cea mai înaltă de abstractizare în reflectarea realității (reprezentată de concret cu multiplele sale determinații) în gândire.

... *In-sens psihologic*, termenul are înțelesul de reprezentare simbolică (cu verbalizare), componentă de bază a gândirii abstracte, reflectând în mod semnificativ ceea ce este generic, impersonal și prin aceasta, fiind sinonim cu ideea abstractă. J. PIAGET a efectuat o analiză extrem de fină și pertinentă a gândirii reflexive care produce acte și idei, pe baza principiilor cunoașterii și axiologiei existenței, considerând conceptul ca pe o schemă acțională sau operațională. Dezvoltarea conceptelor este în strânsă legătură cu procesul de maturizare a subiectului și, odată cu acesta, a limbajului. Deficitul gândirii conceptuale sau al atitudinii categoriale (după opinia lui GOLDSTEIN, VIGOTSKI și alții) caracterizează stările de deteriorare intelectuală acută sau cronică.

539. **CONCILIU**^(M) Argentina — DCI *Benperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirufenonic de tip 1-1-β-(p-fluorobenzoil) propil-4-piperidil/-2-benzimidazolinonă, indicat în neliniștea și agitația din psihozele schizofrenice catatonice și paranoic-halucinatorii, în psihoze de involuție, manie. În afara efectelor secundare clasice ale NL incisive, trebuie menționată acțiunea sa proconvulsivantă și faptul că diminuează acțiunea L-dopa.

540. **CONCLUZIE** (cf. lat. *conclusio* „încheiere”) ● Propoziție sau judecată nouă care rezultă din propoziții sau judecăți anterioare numite premise. Corectitudinea și adevărul concluziei sînt condiționate de adevărul premiselor și de corectitudinea aplicării logice în transformarea premiselor în concluzii.

Lumea atît de diversă a dizarmoniei personalităților, populată de atîtea tipuri de structuri insuficient finisate, trăiește diferit dinamicul binom „premisă-concluzie”: unul va alege calea luptei pentru a convinge pe alții, sau chiar pe toți, de justetea concluziilor sale, care, susținute prea cu patos și rigoare logică, îl vor face să uite sau să nu vadă cît de greșite sînt premisele — e drama paranoiacului și altul își va etala, tot convingător, dar cu alte mijloace — fără luptă —, demonstrația savantă abandonînd-o, dacă nu reușește, și apelînd chiar la milă: și în acest caz premisele sînt greșite, iar concluzia nu se întemeiază pe prea multă logică — este scena istericului și sau o cu totul altă situație, în care premisele pot fi bune, dar nu suficiente de bune pentru subiect care, de teama de a nu ajunge la o concluzie greșită consideră că nu are rost să apeleze la logică — un fel de a măsura de zece ori înainte de a croi, care se amplifică pînă într-atît,

încît subiectul măsoară continuu, fără să taie vreo dată — e dilema psihastenului. Ceea ce îi unește pe toți, în ciuda diversității, nu este de fapt, decît imposibilitatea armonizării premiselor cu concluziile.

Aceeași problemă capătă alte dimensiuni într-o altă lume, cea a psihozei: maniacalul, crezînd că are toate premisele pentru a înțelege repede, se condamnă, în fond, la a nu înțelege niciodată, iar concluzia prîpîtă are doar o șansă, aceea de a nimeri, nu de a fi o urmare logică. Schizofrenul, jonglînd cu premisele altei lumi — ale lumii sale — nu le va putea transforma logic în concluzii valabile pentru lumea reală, pe care o punctează numai prin prezența sa fizică. Paranoiacul, plecînd de la premise eronate, ca rezultat, în primul rînd, al neînțelegerii situației, dar convîns că nimeni nu o poate înțelege mai bine — căci numai atunci cînd știi puțin, crezi că știi totul —, cu o logică mai mult decît riguroasă, nu va avea altă șansă decît a unei concluzii false, pe care nimeni nu o acceptă, și atunci va începe lupta pentru un adevăr existent numai pentru el, ceea ce nu-l va împiedica să lupte, neținînd seama de nici un sacrificiu, de nici o barieră, în speranța că va putea obține miine ce nu a putut obține azi. Melancolicul, avînd numai premise monoculare și neputînd găsi altele, prin renunțare sau imposibilitatea de a căuta, nu poate avea decît o concluzie, obținută logic, din păcate: aceea de a abandona cursa și cîteodată și pe sine, ceea ce poate conduce la un final tragic. O ultimă categorie o reprezintă cel ce nu mai are nici premise nici concluzii, dar care, cu toate acestea, nu este un fericit: dementul.

541. **CONCORDANȚĂ** (cf. lat. *concordare* „a se înțelege, a se potrivi”) ● În psihologie, reprezintă modul adecvat, fluent, „natural”, în care se armonizează conținutul gândirii cu: fundalul afectiv pe care ea se desfășoară; mimica și gestică însoțitoare, cuvintele folosite și, în general, întregul comportament, în raport cu situația concretă în care se află subiectul la un moment dat. Asigură premisele unei bune integrări în microgrup și în societate, în ansamblul ei, ale unei intercomunicări eficiente. Este legătura funcțională care asigură sistemului psihic atît o stabilitate internă, și prin aceasta o desfășurare corespunzătoare a tuturor funcțiilor psihice, cît și un echilibru cu mediul extern, care îl solicită neîncetat. Ar putea fi considerată una dintre condițiile fundamentale ale normalității psihice, fără de care coerența, coeziunea și unitatea conștiinței

și a personalității nu pot fi realizate. Neconștientizată, ca de altfel, toate procesele psihofiziologice, concordanța psihologică realizează în forma opusă — discordanța care este un element psihopatologic definitoriu pentru schizofrenie.

În psihiatrie, ca și în alte ramuri ale medicinei, concordanța în diagnostic reprezintă un aspect deosebit de important în evaluarea clinică și în aprecierea potențialului evolutiv, respectiv a prognosticului. Dacă în medicina internă sau, mai ales, în specialitățile chirurgicale, concordanța diagnostică este în mod acut solicitată de urgența instituirii tratamentului care este cu atât mai eficient, cu cât este mai circumscris etiologic, în psihiatrie expectanța acestuia nu ia aspectul de „întârziere“, de „aminare“ în formularea unui diagnostic precis, ci reprezintă chiar un element de sprijin, de confirmare al diagnosticului presupus inițial. Un exemplu concludent îl oferă schizofrenia, care, în forma sa de debut, poate îmbrăca diverse aspecte sindromologice, etichetate ca „pseudo“-nevrotice, -psihopatie etc. Chiar prezența unui singur episod psihotic schizofreniform în existența unui individ nu reprezintă, în viziunea psihiatrilor de azi, confirmarea diagnosticului de schizofrenie, criteriile moderne de diagnostic tinzând să includă din ce în ce mai pregnant factorul durată, în delimitarea nosologică a unei entități psihiatrice. La fel, drumul de la reacție la nevroză sau la dezvoltări patologice ale personalității, patologia post-partumului, a involuției etc. sînt condiții psihopatologice în care concordanța diagnosticului este o funcție avînd ca variabilă durata de timp scursă de la impactul cu trauma psihică sau de la naștere, vîrsta biologică, vîrsta cronologică etc. Sînt cazuri în care se poate stabili o concordanță diagnostică chiar în interiorul intervalului de spitalizare a bolnavului psihic (semiambulator sau într-o secție cu paturi), dar sînt și situații care necesită o urmărire continuă, susținută și atentă (metodele dispensarizării avînd un rol substanțial). Spinoasa problemă a concordanței terminologiei și, implicit, a delimitărilor nosologice în psihiatria contemporană, rămîne încă un capitol larg deschis. Asistăm la tendința perseverență și pozitivă, practic a tuturor școlilor de psihiatrie (din Europa, S.U.A., Canada etc.), de confruntare, de punere de acord a diferitelor concepții, teorii și terminologii, în vederea realizării unei concordanțe depline, privind diagnosticul psihiatric și statutul bolnavului psihic, efort la care orice psihiatru trebuie să se realizeze.

În statistică, termenul este utilizat mai rar, numai în studiul patologiei pe loturi de ge-

meni (inclusiv al afecțiunilor psihiatrice), cu referire la corelația incidentei unei boli într-un lot alcătuit din gemenii bolnavi și într-un lot format din frații gemeni ai acestora.

542. **CONCORDIN**^(M) Anglia, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Italia, Olanda, Portugalia, Suedia — DCI *Protriptilină* ● Anti-depresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-propilamină, cu acțiune asemănătoare NORTRIPTILINEI, dar fără efecte sedative; este indicat mai ales în depresii inhibate. Efectele secundare sînt numeroase. Nu se administrează în sarcină.

543. **CONCRET** (cf. lat. *concretus*, part. verb. *concrecere* „a crește, a se închea“) ● În opoziție cu abstractul, concretul, în sens filozofic, denotă unitatea sintetică a determinărilor implicate de realitatea unui obiect sau proces. Concretul senzorial se referă la reflectarea directă, intuitivă a însușirilor aparente ale lucrurilor, cunoscute superficial la nivelul percepției; concretul logic exprimă sinteza rațională, în concepte, a abstracțiilor ce reflectă analitic proprietățile lucrurilor, reconstituind pe plan intelectual unitatea și coerența lăuntrică a determinărilor esențiale din care se întregeste natura și devenirea obiectului.

În sens logic, sînt considerate concrete noțiunile exprimînd proprietăți asociate cu lucrurile sau procesele, prin care ființează un aspect ontic (de exemplu, „inteligent“ sau „par“ sînt noțiuni concrete, neavînd sens autonom, ci numai asociate cu un subiect pe care îl califică, în vreme ce „inteligentă“ sau „paritate“ sînt noțiuni abstracte).

Din punct de vedere psihologic, este un atribut caracteristic noțiunilor asociate cu o reprezentare intuitivă (de exemplu, „casă“, „drum“, „iarbă“ etc.).

În limbajul comun termenul capătă o dimensiune apreciativă, precizîndu-și semnificația în context: pentru spiritele practice, pozitive, calificativul indică o nuanță laudativă, față de ceea ce promise să sugereze o strategie decizională eficientă, pe cînd personalitățile reflexive, înclinate mai degrabă către speculație decît către acțiune, devalorizează concretul intrucît îl înțelege doar ca pe o reflectare primară, desprinsă de sensibilitate, în care aripile gîndului sînt frînte și imobilizate de balastul reprezentărilor intuitive.

544. **CONCRETISM** (cf. *concret*) ● Tendința în demersul ideativ și în comportament de a lega totul de nivelul perceptiv și posibilitatea de abstractizare și conceptualizare apare astfel

mult redusă. La copilul pînă în 10 ani și în stările deficitare, această trăsătură este foarte accentuată.

545. CONCRETIZARE (cf. *concret*) ● Opusă abstractizării, are sensul de identificare a generalului într-un obiect concret, de exemplificare a unor principii generale și de reconstituire a obiectului concret din elemente abstracte. Se realizează astfel concretul logic, deosebit de concretul intuitiv.

546. CONDENSARE (cf. lat. *condensare* „a îndesa, a strînge”) ● Concept psihanalitic desemnînd un mecanism fundamental de funcționare a proceselor primare, inconștiente, pus în evidență în travaliul de elaborare a visului (FREUD — „Interpretarea visului”, 1900) și, mai tirziu, relevat în formarea simptomelor, a actelor ratate etc. (FREUD „Psihopatologia vieții cotidiene”, 1905). În elaborarea visului, fenomenul de condensare se pune în evidență astfel :

- o reprezentare unică este investită cu multiple semnificații, funcționînd ca punct nodal al mai multor lanțuri asociative ;
- mai multe elemente formează o unitate (de exemplu, un personaj compozit) ;
- mai multe imagini, în care se estompează diferențele și se mențin doar asemănările semnificative → VIS, DEPLASARE, CONȚINUT LATENT, CONȚINUT MANIFEST.

547. CONDIȚIONARE ^(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM ^(M).

548. CONDIȚIONARE (cf. lat. *condicio* „condiție”) ● Mecanism de învățare, care are la bază fie formarea unor reflexe condiționate (condiționare clasică pavlovistă), fie comportamentul operant reprezentat de „încercări-erori”, prin care o acțiune întâmplătoare, urmată de o pedeapsă sau o recompensă, devine, prin repetare o acțiune condiționată (condiționare operantă). Condiționarea clasică pavlovistă presupune asocierea unui stimul inițial indiferent cu un stimul necondiționat. Prin repetarea asocierii și asigurarea condițiilor enumerate de PAVLOV — precedența, coincidența, repetiția, eliberarea de alți stimuli — stimulul inițial indiferent devine condiționat și produce un răspuns motor sau se-

cretor analog cu cel determinat inițial, involuntar în raport cu excitantul necondiționat. Spre deosebire de acest tip de condiționare, condiționarea operantă presupune un comportament voluntar, acțiuni controlate cortical, și poate determina un reflex condiționat pozitiv, în cazul în care acțiunea voluntară este urmată de o recompensă, sau un reflex condiționat negativ, în cazul în care acțiunea voluntară este urmată de o pedeapsă. Ambele tipuri de condiționare reprezintă modalități elementare de învățare.

Pe baza condiționării s-au studiat nevrozele experimentale, considerate ca fiind determinate de condiționarea unor conflicte. BIKOV, continuator al lui PAVLOV, consideră că fiecare organ sau sistem poate fi instrumentul unor reflexe condiționate cu efect patologic. El introduce în medicina psihosomatică „teoria cortico-viscerală”, bazată pe cercul vicios patologic care se încheie între stressul psihic și activitatea perturbată a organelor interne. Condiționarea este utilizată ca metodă de cercetare în medicina experimentală, în psihofarmacologie, iar în terapeutică psihiatrică este folosită ca tehnică de învățare, în cura de dezintoxicare etc.

O altă accepțiune a termenului de condiționare este fundamentată pe factorul social-istoric (POPESCU-NEVEANU). Se consideră că activitatea, mai ales munca productivă, ansamblul relațiilor sociale, sistemele culturii materiale, diversele forme de comunicare și ereditate specific umană, reprezintă factori ai condiționării social-istorice. Prin intermediul acestor factori, personalitatea, comportamentul, procesele psihice, conștiința sint esențialmente dependente de dezvoltarea social-istorică. La rîndul lor, constituie factori cu o deosebită influență asupra evoluției social-istorice a subiectului. Această interrelație stabilită între om — cu toate elementele sale definitorii — și contextul social, presupune integrare și adaptare, ambele procese avînd ca bază de realizare învățarea, condiționarea.

549. CONDIȚIONARE IMAGINATIVĂ (INTERNĂ) ● Grup de tehnici aparținînd terapiei comportamentale, elaborată de J. CANTELA între 1960—1970, al căror scop este modificarea frecvenței de producere a unor răspunsuri prin manipularea consecințelor pe care acestea le au. Toate aceste tehnici sint bazate pe modelul condiționării, mai ales al condiționării operante, și folosesc imaginația drept componentă principală de modificare a reacțiilor. La baza condiționării imaginative stau două principii : principiul omogenității, conform căruia toate categoriile de comportament,

indiferent dacă este vorba de comportamente interne sau manifeste, se supun aceluiași legi ale învățării; principiul interacțiunii după care diferitele categorii de comportament intern și manifest interacționează, iar modificarea unora atrage după sine modificarea celorlalte. CANTELA a descris cinci procedee de condiționare imaginativă:

- *sensibilizarea internă* care urmărește stingerea unor comportamente neadaptative sau de natură patologică. Prin acest procedeu, o imagine având un puternic caracter aversiv se asociază cu imaginea comportamentului neadaptativ. Repetarea de mai multe ori a acestei asocieri va duce la stingerea răspunsului patologic. Sensibilizarea internă s-a dovedit a fi eficientă în tratamentul alcoolismului, obezității, tulburărilor sexuale, fumatu-lui etc.;
- *întărirea pozitivă internă*, care are drept scop inițierea și menținerea unor comportamente adaptative. Subiectul își imaginează un anumit tip de comportament pe care dorește să-l dobândească. Imediat după ce a realizat acest lucru, urmează imaginea unei scene plăcute și confortabile, cu trăiri emoționale pozitive. Această a doua imagine are rolul de a întări efectuarea răspunsului dorit din prima imagine. Există câțiva factori care influențează eficiența întăririi pozitive, cum ar fi: numărul mare de asocieri dintre cele două imagini, scurtarea intervalului de timp dintre răspunsul adaptativ și întărirea lui, precum și continuitatea întăririi până la dobândirea răspunsului și menținerea acestuia într-o întărire intermitentă (CANTELA, 1980). Întărirea pozitivă internă este utilizată în tratamentul fobiilor, al unor stări anxioase, în modificarea atitudinilor, în unele tulburări psihosomatice (astm bronșic);
- *întărirea negativă internă*, care are ca scop creșterea probabilității de producere a unui anumit comportament. Individul își imaginează o scenă puternic aversivă sau faptul că trăiește sentimente extrem de neplăcute. Terminarea scenei aversive este urmată imediat de imaginea comportamentului pe care dorește să-l dezvolte. Numărul de asocieri libere dintre cele două imagini trebuie să fie mare, iar intervalul de timp dintre terminarea scenei aversive și începutul răspunsului dorit, trebuie să fie cât mai mic ?

- *extincția internă*, procedeul prin aplicarea căruia se urmărește stingerea unui comportament maladiv. Pacientul își imaginează acest comportament, dar imediat după această imagine urmează alta, din care lipsește tocmai satisfacția obținută prin comportamentul problematic, cu alte cuvinte, lipsește întărirea care-l menține. Extincția internă a fost aplicată în tratamentul unor tulburări ca: cecitate isterică, fobii, tulburări de dinamică sexuală, unele tulburări psihosomatice, autoagresivitate etc.;
- *modelarea internă*, reprezentând o tehnică de transferare a modelării in vivo în planul imaginației. Pacientului i se cere să-și imagineze faptul că observă atent o altă persoană (modelul), care se comportă într-un anumit fel, într-o anumită situație. Modelul din imagine trăiește din plin consecințele comportamentului său. Modelarea internă este utilizată atât în scopul inițierii și menținerii unor răspunsuri adaptative, cât și pentru stingerea celor patologice neadaptative.

Procedeele condiționării imaginative (interne) au o serie de avantaje față de alte tehnici psihoterapeutice, cum ar fi: imaginile nu sînt limitate de realitate, nu este necesară utilizarea unei aparaturi speciale, pacienții le pot aplica singuri și pentru modificarea altor comportamente decît cele pentru care se află în tratament.

550. **CONDRODISTROFIE FETALĂ**^(B) *boală* (cf. gr. *chondros* „cartilaj” ; *dys-* element de compunere exprimînd ideea de dificultate ; *trophe* „hrană”) — sin. **ACONDROPLAZIE (PARROT)** ; **CONDRODISPLAZIE** ● Afecțiune genetică cu transmitere autosomal dominantă, descrisă de PARROT în anul 1878, ulterior de KAUFMAN. Tulburarea constă în întîrzierea osificării encondrale prin absența zonei cartilagineoase.

Boala debutează la naștere și se caracterizează clinic prin micromelie rizomelică (în contrast cu lungimea normală a toracelui), dismorfie craniofacială (facies de „mops”, craniu mare, asimetric, nas „în sa”), mină în „trident”, descrisă de P. MARIE (îndepărtarea degetelor 3 și 4), lordoză lombară, polidactiile, laxitate orbiculară. În cazurile asociate cu întîrziere psihică, aceasta este gravă. LËRS descrie ca formă clinică 'hipocondroplazia care este o formă atenuată de condrodisplazie. Prognosticul este în general nefavorabil, boala nefebucind de tratament.

551. **CONDUCERE AUTO** — permis (cf. Mat. conducere „a duce“) ● Boala psihică poate constitui un risc atât pentru subiect cât și pentru semenii săi ; în scopul protejării ambelor

categorii s-au impus o serie de măsuri de protecție (sau de restricție) în cazul obținerii permisului de conducere auto sau suspendării sale.

Alterările stării sănătății psihice care duc la suspendarea permisului de conducere auto sînt următoarele :

- psihozele procesuale periodice sau cronice (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, deliruri cronice, parafrenice și paranoice) chiar în perioada de remisiune ;
- psihoze organice cronice (toxice, infecțioase, traumatice) ;
- demențe de orice etiologie ;
- oligofrenii (idiotia, imbecilitatea, debilitatea mintală) ;
- nevroze obsesivo-fobice, nevroza mixtă, isteria ;
- alcoolism cronic ;
- psihopatii și stări psihopatoide impulsive cverulente, paranoiace, psihastenice, instabil-afective ;
- toxicomanii ;
- epilepsia (toate formele clinice) ;
- boinavii psihici remiși, care se află sub tratament de întreținere, cu substanțe psihotrope (cu excepția medicamentelor cu specificația „pot fi folosite și de conducătorii de autovehicule“) ;
- persoane clasate „inapt“ serviciului militar din motive psihiatrice.

Există restricții necesare în toate specialitățile medicale, ele constituind mijloace de prevenire primară pentru morbiditatea și mortalitatea prin accidente de circulație.

552. **CONDUCTON**^(M) R.F.G. — DCI *Carazolol* ● Betablocant, de tip 1-(carbazol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, boli psihosomatice, distonii neurovegetative, alcoolism. Nu se asociază cu IMAO.

553. **CONDUITĂ** (fr. *conduite* ; cf. lat. *conducere*) ● Termen ce-și datorează circulația literaturii psihologice și psihiatrice a lui P. JANET (1859—1947) și apoi a lui PIÉRON, CLAPAREDE, caracterizat prin dorința de îmbogățire cu conotații eticomorale a unor noțiuni de psihologie, devenite sterile în viziunea „reflectologistă“ a epocii. Cu toată impunerea evidentă a termenului anglo-saxon de comportament, conduita rămîne să fundamenteze, alături de conceptele de nivel, reacție, tendință, acțiune, doctrina psihologică a lui JANET (psihologia conduitei), cu semnificație de acțiune dinamică și sinergică, de tip psiho-comportamental, intern-subiectiv și extern-obiectiv. Din această perspectivă, inteligența este o conduită internă, mijlocită instrumental prin semne și simboluri. În viziunea lui LAGACHE, conduita se referă la situația concretă în care se află un subiect, implicînd motivație, scop, mijloace de acțiune de tip

operațional-mental sau comportamental motor ; în opinia acestui autor, conduita se distinge de comportament prin faptul că include și fenomene psihice, care sînt intrinsece, subiective și deci neperceptibile obiectiv → COMPORTAMENT.

554. **CONEXIUNE** (fr. *connexion* ; cf. lat. *connexio* „înlănțuire logică“) — sin. RELAȚIE sin. → LEGĂTURĂ.

555. **CONFABULATOR**^(D) *delir* (cf. lat. *confabulatio* „conversație“) ● Descriș și numit astfel de NEISSER, corespunde caracteristicilor delirului de imaginație, descriș de DUPRÉ și LOGRE. A fost semnalat de KRAEPELIN, în 1909, în parafrenie. Apare în debilitatea mintală, unde poate avea drept temă filiația erotică și mai rar invenția și reformele, și în parafrenie unde prevalența tematicilor pare a fi inversă. MONTASSAUT consideră acest delir drept o „compensație imaginativă“.

556. **CONFABULAȚIE** (cf. lat. *confabulatio*) ● Folosirea mnezică, de aspect substitutiv, a realității, prin inserția în discursul pacientului a unor evenimente imaginare, cel mai adesea bizare, contradictorii și lipsite de constanță, avînd drept unic scop suplinirea deteriorării (lacune). Pacientul are convingerea că evenimentele relatate evocă trecutul trăit în ciuda faptului că aceste versiuni sînt diferite

de la o relatare la alta. Totuși, pacientul încearcă cu ultimele resurse ale criticii pe care le mai posedă să ordoneze unele evenimente reale, rămase încă fixate pe axa timpului. Confabulația se erodează între aceste repere. Traducând cel mai adesea un deficit organic (sindrom Korsakov, confuzie mintală, psihoze senile, oligofrenii), confabulația trebuie diferențiată de fabulație (→ FABULAȚIE), deși nu toți autorii fac această distincție.

557. CONFESIUNE (fr. *confession* ; cf. lat. *confessio* „mărturisire”) — sin. MĂRTURISIRE ● Acțiunea de a da la iveală și a recunoaște un lucru tănuț: act, intenție, sentiment, dispoziție. Determină și/sau poate fi determinată de o schimbare în optica subiectului față de sine și de ceilalți, importanța fiind relația între modalitatea în care se face mărturisirea și conținutul a ceea ce este secret. Poate exprima un act sau proiect gratificant pentru altul ; în anumite stări pasionale, o dorință de putere ce compensează un eșec. La astenic, poate traduce descurajarea, dorința de auto-depășire, o echivalență de intenție suicidară. Mărturisirile altruiste și cu caracter de sacrificiu sînt frecvente la deliranti pasionali și la melancolici. Mărturisirea unei greșeli sau a unei crime scade angoasa privind fapta săvîrșită. Valoarea terapeutică a mărturisirii este evidentă în tratamentul nevrozei unde, lucrul „ascuns” nu este de fapt vinovat decît în convingerea bolnavului, care îi acordă o importanță mult mai mare decît cea reală — „universul morbid al greșelii” (HESNARD), — iar psihanaliza exploatează, de fapt, efectul cathartic al mărturisirii. Nu trebuie neglijată în cursul educației copiilor, în procesul formării conștiinței morale. O problemă este aceea a relației dintre modalitatea mărturisirii și sinceritate, perspectivă din care pot fi discutate mitomania, simulația, disimulația. Din punct de vedere psihiatric obținerea mărturisirii unui toxicoman privind abuzul de toxic sau a unui simptom de tip halucinație, obsesie, delir etc., este importantă. În unele cazuri, pentru a o obține se impune folosirea unor teste proiective sau a subnarcozei. Obținerea mărturisirii este foarte importantă în medicina legală unde vine în sprijinul depistării falselor mărturisiri, făcute în scopul de a denatura adevărul. Acestea sînt frecvente și la debilul mintal sugestiv, la mitomani, alcoolici, melancolici, epileptici și demenți.

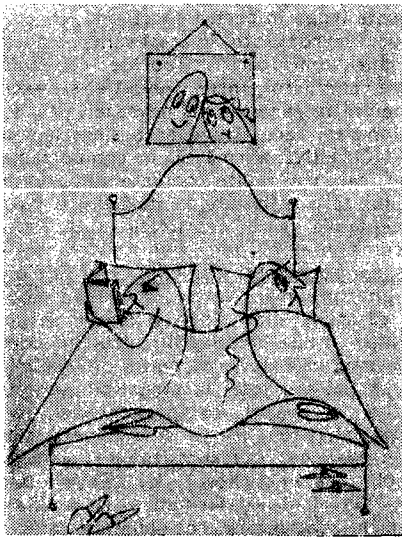
558. CONFLICT (cf. lat. *conflictus* „izbire, ciocnire”) ● Adversitate manifestă între două

tendințe opuse, care creează o stare de tensiune, producînd dezorganizarea sau chiar deintegrarea funcționalității sistemului sau sistemelor care intră în contradicție. Folosit într-o serie largă de accepțiuni de către psihologie, conceptul își schimbă conținutul specific după diversele orientări teoretice, fără însă a fi privat de principalele sale caracteristici — antagonism, dinamică, disfuncție.

Ca modalitate fundamentală de producere a psihogeniilor, conflictul a reprezentat domeniul de discuție al unora dintre cele mai elaborate teorii. FREUD consideră posibilă apariția conflictului nevrotic atunci cînd între diversele părți ale personalității există diferențe manifeste în ceea ce privește dorințele. Libidoul obligat să-și găsească alte obiecte și căi de satisfacere decît cele normale, este dezaprobat de o anumită fracțiune a personalității, care implică acest mod de satisfacere. Din reprimarea tendințelor libidinale, ca urmare a conflictului psihic, apar căi ocolite, care sînt cele ale formării simptomelor. Pentru JUNG, conflictul are loc între conștient și inconștient, între introversiune și extroversiune. Inconștientul este văzut ca parte arhaică a personalității, refulată din necesitate și conform unei ordini nelogice individuale, ea poate irupe în partea conștientă, în condiții de șoc. Nevroza este, în acest sens, „o adaptare la lumea inferioară”. Teoriile reflexologice afirmă conflictul între inhibiție și excitație ca mecanism generator al nevrozei, prin supra-tensionarea, care atrage prăbușirea nevrotică. P. ANOKHINE afirmă că, în comportamentul uman, cele mai multe conflicte sînt consecința faptului că o activitate mintală sau o pulsione inacceptabilă sînt reprimată sub influența „circumstanțelor”, adică a unui sistem de excitație mai puternic și mai vast, creat, de obicei, într-un timp mai vast. J. MASSERMAN susține că atunci cînd, într-un mediu dat, două sau mai multe motivații intră în conflict, adică modurile lor obișnuite de desfășurare sînt parțial sau total incompatibile, tensiunea cinetică crește și comportamentul devine ezitant, șovăitor, inegal și mediocru adaptat (ca în nevroze) sau substitutiv și excesiv de simbolic (ca în psihoze). K. LEWIN descrie patru tipuri de determinare a conflictului, luînd în considerare noțiunile de atracție și respingere : atracție-atracție, atracție-respingere, respingere-respingere, respingere-atracție. KARIN KORNEY evidențiază, în determinarea nevrozei, conflictul individ-mediu social. Autoarea afirmă că, deși în cazul oricărui individ apar astfel de conflicte, cu caracter mai mult sau mai puțin tranzitoriu, ele sînt rezol-

vate rațional atită timp cit sint clar percepute. În cazul individului nevrozat, rezolvarea conflictului este imposibilă, pe de o parte, datorită incapacității de a percepe elementele conflictului, iar pe de altă parte, pentru că relațiile sale cu anturajul sint tulburate din copilărie. O viziune „culturalistă“ propune R. LINTON, care consideră nevroza ca un răspuns generalizat, ca unul dintre sistemele valoare-atitudine ale individului, neimpărțășit de majoritatea membrilor societății respective. Elaborarea unor sisteme ca valoare-atitudine individuală îi face pe cei care le posedă să intre în conflict cu ceilalți, prin răspunsuri comportamentale explicite inadecvate mediului socio-cultural în care trebuie să acționeze. Diferitele polarități de presupusă geneză a conflictului duc și la elaborări psihoterapeutice adecvate, foarte deosebite de la o școală la alta.

559. CONFLICT CONJUGAL ● Patologie de cuplu, generată de problematica legăturii conjugale în condițiile vieții contemporane, în care emanciparea femeii, echilibrarea economică a cuplului, schimbarea reperelor culturale, tranziția relațională, sint doar cîteva din reperele care trebuie amintite. Pentru



înțelegerea acestei problematice, Y. POINSO presupune cîteva postulate :

- conflictul conjugal este o patologie de relație, deci nu poate fi redusă la un singur membru al binomului ;
- căsătoria și patologia ei, ca și alte conduite umane au și determinări în inconștient ;

- fiecare partener pune în scenă o dorință care se joacă, fără știrea celuilalt, dar cu acordul său inconștient, pe o altă scenă, cea a imaginarului.

Dinamica legăturii conjugale în cursul vieții, adică reinnoirea constantă a legăturilor reciproce, a fost studiată de J. LEMAIRE, care subliniază existența următoarelor faze :

- stabilirea legăturii amoroase generată, după acest autor, de dinamica inconștientului, la care se adaugă „aprobarea instanțelor conștientului“ ;
- cea de a doua fază are următoarele subetape :
 - dezinvestirea afectivă a lumii exterioare, cu suprainvestirea cuplului ;
 - anularea masivă a oricărei agresivități reciproce, cu idealizarea vieții conjugale. Această fază prezintă un interes particular, deoarece se caracterizează printr-o creștere masivă cantitativă și calitativă a schimburilor dintre cei doi parametri. Comunicarea reciprocă se stabilește la cotele cele mai ridicate ;
- cea de a treia fază de evoluție (și cea mai lungă) este caracterizată prin reinvestirea afectivă a lumii exterioare, sub toate aspectele, cu reducerea paralelă a suprainvestirii partenerului și cuplului. Aceasta poate fi urmată de următoarele tipuri de evoluție la nivelul microgrupului familial :
 - creșterea agresivității și dezinvestirea partenerului, conducînd la disocierea cuplului ;
 - sesizarea inconștientă a fragilității cuplului și apariția de reacții de apărare a acestuia în defavoarea fiecărui membru (scăderea comunicărilor pentru evitarea crizei, limitarea investigațiilor afective din afara cuplului atunci cînd ele interesează doar unul din parteneri — hobby-uri, activitate socio-culturală, prietenii vechi) ;
 - parcurgerea unei etape de criză, urmată de ameliorarea, pentru o perioadă importantă, a interrelațiilor dintre parteneri.

Existența unei patologii a cuplului conjugal, modalitățile de dezvoltare și evoluție a conflictelor conjugale, trebuie bine cunoscute de psihiatru, acesta putînd veni în contact cu o veritabilă patologie de dezvoltare.

560. CONFLICT PSIHIC → CONFLICT.

561. **CONFLICTAN**^(M) Franța — DCI Oxazolam ● Psihotrop de tip 4-isopropil-2-(α , α , trifluoro-m-tolil)morfolină; încadrat prin structura sa chimică timolepticelor, prin farmacodinamie este mai mult un tranchilizant cu valențe antidepresive.

562. **CONFORMISM** (fr. *conformisme* și cf. lat. *conformare*) ● Atitudine care menține individul în acord cu grupul său social. Este privită ca o condiție a sănătății mintale. Psihiatrul va trebui să cîntărească cu balanța cea mai sensibilă fiecare caz în parte, în care absența sau exagerarea conformismului pot avea originea într-o trecătoare „criză de personalitate” în formarea adolescentului, într-o suită de decompensări ale unei personalități dizarmonice sau în absența conștiinței proprii boli, ca la bolnavul psihotic.

563. **CONFORMIST**^(D) *delir* (cf. lat. *conformare* „a forma, a modela”) ● Formă particulară a delirului colectiv, întîlnită la anumiți bolnavi schizofreni, al cărei mecanism se bazează pe sugestibilitatea și sărăcirea personalității acestor subiecți. Termenul a fost introdus de BOYER.

564. **CONFUZIE CENESTOPATICĂ** (cf. lat. *confusio* „amestec, dezordine, tulburare”) ● Episoade psihotice acute, care se dezvoltă în câteva ore sau zile, reunind, alături de cenestopatii, depresia și derealizarea, precum și tulburări variabile ale clarității cîmpului de conștiință; pot apărea tulburări ale orientării cronologice, anxietate, agitație. Episoadele sînt urmate de amnezie parțială. Sînt mai frecvente în schizofrenie și în epilepsii. Au fost descrise de I. P. EGLITIS, în 1974.

565. **CONFUZIE MINTALĂ** (cf. lat. *confusio*) ● Expresie comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un ansamblu de tulburări acute și globale ale psihismului, în care locul central este ocupat de modificări cu caracter tranzitor în planul conștiinței. Astfel, are loc o disoluție mai mult sau mai puțin rapidă și completă a conștiinței (torpoare, hebetudine, obnubilare, obtuzie — cel mai frecvent), lentoarea percepției și a proceselor de orientare, deficit al atenției și al memoriei, care realizează o sinteză mintală cu aspect fragmentar și incoerent. Creatorul termenului este socotit a fi DELASIEUYÉ, în 1851, iar CHASLIN descrie, în 1895, sub numele de confuzie mintală primitivă, o stare de inhibiție psihică, de pietrificare, determinată mai ales

de cauze biologice. Germanul Von MAYNERT vorbea, în aceeași perioadă, de amentie, înțelegînd prin aceasta, practic toate psihozele acute, în afara maniei, melancoliei și a formelor paranoide. Înțelesul a fost preluat de CONRAD, atunci cînd a descris tulburările stării de conștiință, fiind apoi modificat în concepția lui M. BLEULER și EWALD. Starea de confuzie este un „fond” de destructurare a conștiinței, în care modalitatea de „a nu fi conștient” ajunge la un punct clinic maxim — spune H. EY.

Circumstanțele etiologice ale confuziei mintale sînt: intoxicațiile (alcool, oxid de carbon, barbiturice, medicamente cu efect anticolinergic, inclusiv neuroleptice, antidepresive, tranchilizante) și infecții, toxinfecții și dereglări metabolice (diabet, uremie, encefalopatii portocave etc.) și sindroame meningeiene (hemoragia meningeiană, meningite); encefalite, encefalo-mielite (meningita sifilitică, paralizia generală) și accidente vasculare cerebrale și traumatismele craniocerebrale și tumori cerebrale și boli psihice (psihoze puerperale, presbiofrenie, psihoză maniaco-depresivă, reacții psihice patologice) și epilepsie, consecutiv seismoterapiei.

Aspecte clinice: intrarea în starea de confuzie mintală se face, de obicei, brusc (ore, zile), într-un mod care sugerează clar aspectul de ruptură, de hiatus dintre situația actuală și comportamentul anterior al bolnavului (pentru care relatările anturajului sînt, de multe ori, valoroase). La primul contact, pacientul este ezitant, pare perplex și distrat, necesită să fie îndrumat pentru a se așeza și trebuie să i se repete de mai multe ori o indicație pentru a o înțelege. Ținuta sa este neglijentă, traducînd indiferență, privirea este fie inexpresivă, uimită, fie vagă și răvășită, mimica este sărăcită, posacă. Bolnavul face eforturi vizibile să răspundă, dar cel mai adesea nu reușește, fie pentru că nu înțelege suficient, fie pentru că nu poate asambla ideile sau nu-și poate aminti cuvintele necesare și dacă totuși izbutește să pronunțe cu greutate cîteva fraze, ele exprimă numai inerție și indiferență. Pe fondul de pasivitate, apar episoade de agitație, iar uneori un murmur neînțeles sau răspunsuri nemotivate date unui interlocutor imaginar, denotă existența onirișmului. Dezorientarea temporo-spațială este uneori evidentă, bolnavul întrebă unde se găsește, ce se petrece cu el, neștiind unde și în ce moment se află. Întrebat de mai multe ori despre același lucru, dă răspunsuri diferite și, parțial, conștient de greșeli și in-

drumăt de examinator, caută să le corecteze, însă fără succes. Incapabil să se orienteze temporo-spațial, pacientul nu poate să evoce amintirile recente și nici să ordoneze logic imaginile ce apar în cimpul conștiinței, confundă persoanele, are false recunoașteri. Toate acestea explică amnezia lacunară care urmează episodului confuzional. Deficitul gândirii este global, realizând obnubilarea și perplexitatea, raționamentele sînt perturbate, pacientul invocînd ca scuză uitarea datelor, oboseala sau iritarea. O evaluare obiectivă a acestui deficit este imposibilă în asemenea situații, neputîndu-se aplica testele psihologice de inteligență sau deteriorare. La fel ca și în orientare, pacientul prezintă fluctuații bruște, avînd momente de luciditate, în care răspunde cu precizie la întrebări. Gîndirea haotică, ineficace, vagă din confuzia mentală a fost comparată cu un nor (obnubilată). De obicei, persistă conștiința parțială a tulburărilor, subiectul manifestînd uimire, perplexitate față de simptomele sale. Nu rareori se interferează episoade onirice care, fiind diferite de delir, au înconștiența și variațiile visului. Singurătatea și obscuritatea favorizează apariția delirului, care se poate greșa pe iluziile auditive, dezvoltîndu-se datorită dezorientării, hipoprosexiei și deficitului de judecată. Onirismul se deosebește de vis sau coșmar prin participarea activă a pacientului la lumea imaginară terifiantă. În ceea ce privește comportamentul, subiectului aflat în confuzie mentală îi este caracteristică oscilația uneori foarte rapidă între stupoare și agitație, cu posibile accidente grave; somnul este tulburat în ritm și calitate. Semnele somatice care se pot pune în evidență sînt cefaleea, frecvent în cască, și dereglări neurovegetative (limbă saburală și uscată, deshidratare, tahicardie, temperatură 38—39°C).

Ca forme particulare ale confuziei mintale, pot fi enumerate: delirul alcoolic subacut și acut, sindromul Korsakov de diferite etiologii, delirul acut (descriș prima dată de MARCHAND ca encefalită psihotică acută hiperazotemică), care reprezintă forma cea mai gravă a confuziei mintale, reprezentată de confuzie profundă, onirism intens, agitație, iar pe plan somatic de hipertensiune, deshidratare, hiperazotemie. Ca potențial evolutiv, mortalitatea este mare, survenind în circa două săptămîni, terapia ameliorînd inconstant prognosticul.

566. **CONFUZIONAL⁽⁸⁾ sindrom, stare** (cf. lat. *confusio*) ● Stări morbide caracterizate prin modificări tranzitorii în planul conștiinței. Încadrate în grupul psihozelor acute în secolul al XIX-lea, recunoașterea polimorfismului etio-

logic a dus la abandonarea termenului de confuzie mentală în favoarea celui de sindrom confuzional. Trepidului simptomatic — alterarea vigilității, dezorientare, amnezie (la care se poate adăuga onirismul) — îi poate premerge o perioadă în care predomină cefaleea, insomniile. Tulburările conștiinței se asociază cu dezorientare temporo-spațială și amnezie.

Ca forme clinice se descriu: starea confuzională simplă, forma confuzo-onirică și forme minore. Evoluția stărilor confuzionale este favorabilă sub tratament; mai rară este complicația reprezentată de delirul acut. Sînt posibile idei delirante sechelare. Tratamentul de bază este cel etiologic.

567. CONFUZIONISM (cf. lat. *confusio*)

● Caracteristică primitivă a gândirii sincretice infantile unde, după PIÉRON, totul se amestecă, se succede, alternează, fuzionează sau se juxtapune, în absența unor relații definite. Termenul a fost introdus de WALLON.

568. **CONFUZO-ONIRIC⁽⁹⁾ delir** (cf. lat. *confusus* „amestecat” și gr. *oneiros* „vis”) ● Entitate clinică descrișă de LASÈGUE (1869) și MAGNAN (1874), pe care RÉGIS (1901) o leagă de confuzia mentală. Clinic se caracterizează, după EY, prin:

- predominanța halucinațiilor vizuale mobile, caleidoscopice, cu caracter de vis, la care se pot adăuga halucinații auditive; kinestezice, cutanate, interocptive și
- prezența distorsionărilor temporo-spațiale și
- delirul este trăit intens, subiectul lup-tîndu-se cu dușmani imaginari sau putînd prezenta fugi care-l angrenează (spre deosebire de imaginile de vis normal, la care subiectul asistă pasiv) și
- tematica trăirilor onirice este foarte variată — uneori aceste trăiri sînt terifiante, cu monștri, lupte, incendii, alteori sînt agreabile, cu teme mistice sau erotice.

La examenul somatic se observă, de cele mai multe ori, semne de deshidratare, febră, adinamie. Evoluția este frecvent spre vindecare, starea confuzo-onirică risipîndu-se treptat, în cîteva zile. Rar se remarcă sechele psihice, idei fixe post-onirice, delir de evocare a experienței confuzo-onirice în confuzia mentală cronică (menționată de RÉGIS). Etiologia este multiplă: toxică (etilică, opiu, hașiș, mescalină) și infecțioasă (datorită febrei sau toxinelor microbiene) și psihogenă (stări reactive) și stări crepusculare (în epilepsie sau isterie) și ischemie

circulatorie cerebrală (tranzitorie sau hemoragie cerebrală) și arterioscleroză cerebrală și senilitate. Tratamentul este etiopatogenic.

569. **CONGENITAL** (cf. lat. *congenitus* „născut odată cu”) ● Tulburare aparentă sau latentă a nou-născutului, ca urmare a unui proces patologic petrecut în timpul vieții intrauterine.

570. **CONGRUENȚĂ** (cf. lat. *congruentia* „acord, concordanță”) ● Acord între gândurile, sentimentele sau convingerile unui individ și comportamentul său manifest, deschis, observabil. La nivel conștient, omul are anumite convingeri despre el însuși și despre mediul cu care interacționează. La un nivel mai profund însă (inconștient), aceste convingeri pot fi diferite, neconcordante cu cele conștiente.

În acest caz aveam de-a face cu incongruența (care generează, deseori, stări tensionale sau conflictuale). În psihoterapia non-directivă a lui C. ROGERS, congruența reprezintă una din atitudinile fundamentale adoptate de terapeut în relația sa cu pacientul, constituindu-se deseori într-un element hotărâtor nu numai în stabilirea unui raport corespunzător terapeut-pacient, dar și în determinarea rezultatului terapeutic. Sentimentele, atitudinile și gândurile terapeutului sînt conștientizate, îi sînt cunoscute deci, și pot fi comunicate subiectului la momentul oportun. Implicarea trăirilor terapeutului în relația cu pacientul determină convingerea acestuia asupra reciprocității raportului: o relație deschisă, directă, de la persoana la persoană.

● Atitudine deschisă favorizînd instalarea dezvoltării terapeutice în psihoterapia de tip focal („client-centred”). Atunci cînd există, între terapeut și pacient, o diferență de sex, falsele rețineri și complexe obișnuite din relațiile normale trebuie depășite în favoarea procesului terapeutic. Chiar dacă aceste sentimente apar în mod firesc legate de experiența de viață a terapeutului, ele trebuie izolate și evitate prin autocontrol. Cu toate acestea terapeutul trebuie să-și păstreze capacitatea empatică, de rezonanță afectivă, fără a proceda mecanic. RUTH SANFORD (1985) afirmă că terapeutul trebuie în anumite situații să-și exprime deschis sentimentele negative pe care discuția cu pacientul i le poate provoca, atunci cînd acesta depășește o serie de limite social-admise. Congruența trebuie să fie deci o atitudine deschisă, autentică, evitînd clasarea terapeutului în spatele unei măști profesionale.

571. **CONN**⁽⁸⁾ *sîndrom* — sin. **ALDOSTERONISM** ● Entitate nosologică deter-

minată de hipersecreția hormonilor mineralocorticoizi, în special — aldosteronul. Cu determinism primar sau secundar, se caracterizează prin prezența a patru sindroame și sindromul reno-urinar (poliurie cu nicturie și polidipsie) și sindromul cardiovascular (hipertensiune arterială sistolo-diastolică) și sindrom neuromuscular și sindrom biologic și biochimic (hipokaliemie, hiperkaliurie, hiponatriurie, alcaloză, eliminări crescute de aldosteron, renina-angiotensina plasmatică normală, crescută sau scăzută în funcție de determinismul bolii). De reținut este sindromul neuromuscular, manifestat prin oboseală musculară, cefalee, parestezii și contracturi de tip tonic la nivelul feței și membrelor superioare și inferioare, care mimează foarte bine tetania, mai ales că semnul Chvostek poate fi prezent și aici.

572. **CONOLLY** John (1794—1866) ● Psihiatru englez. Și-a susținut teza cu tema „Studii mintal al melancoliei”, a condus o serie de azile (Stratford-on-Avon, Warwick, Birmingham, Ilanwel) și fiind adeptul ideilor lui PINEL și TUKE, a militat pentru umanizarea azilelor și transformarea lor în spitale de psihiatrie, conform principiului „no restraint”, a cărui paternitate îi aparține. Nu reușește să introducă psihiatria ca disciplină de învățămînt, așa cum și-ar fi dorit, dar reușește, împreună cu alți medici practicieni din Londră, să pună bazele „Asociației Medicale Britanice”.

573. **CONOTATIV** (fr. *connotatif*) ● Atribut al limbajului ce constă în capacitatea acestuia de a sugera o varietate nedefinită de semnificații dincolo de ceea ce exprimă în mod explicit. În vreme ce limbajul științific este denotativ — enunțurile sale avînd sensuri precise, riguros determinate după reguli clare și ferme — limbajul artistic își bazează virtuțile expresive pe caracterul său conotativ și imaginile artistice poartă un mesaj ambiguu încifrat, sugerînd spontaneității intuitive a receptorului o pluralitate de sensuri, fără ca unul singur dintre acestea să fie cel just, iar celelalte nefiînd nici ele, de fapt, decodificări eronate. În marea lor, majoritate expresiile limbajului comun (al vieții cotidiene) au un statut hibrid, asociînd funcția denotativă cu cea conotativă.

574. **CONOTAȚIE** (fr. *connotation*) ● Noțiune introdusă de J. S. MILL pentru a desemna interesul, semnificația unui termen, cu înțreaga și complexa sa cuprindere de elemente caracteristice și se deosebește de denotație, care definește totalitatea obiectelor la care se aplică termenul respectiv de conotație.

În lingvistică se referă la sensul unui cuvânt sau al unei expresii, care depășește valoarea denotativă, sensul obișnuit, și care depinde de contextul lingvistic și extra-lingvistic al discursului din care face parte. În psihopatologie, modificările care au loc la nivelul conotativ al sistemului lingvistic pot fi evidențiate, la o analiză pertinentă în cazul gândirii bolnavului schizofren, la care procesul disociativ afectează profund conținutul și secvențialitatea ideatei.

575. **CONOTAȚIE POZITIVĂ** ● Principiu directiv al terapiei familiale sistemice care, în concepția lui SELVIN-PALAZZOLI, constă din conotarea pozitivă atât a simptomelor pacientului schizofren, cât și a modului în care se comportă familia sa față de boală; se reușește astfel menținerea unui echilibru al întregului sistem bolnav-familie, facilitând accesul terapeutului în acest sens și, deci, sporindu-i șansele de reușită.

576. **CONSANGUINITATE** (cf. lat. *consanguinitas* „înrudire de sînge”) ● Înrudire de sînge. Problema consanguinității în anumite etnii și comunități nu a fost studiată în mod sistematic în ceea ce privește consecințele pe planul morbidității psihiatrice. Unele studii afirmă că nu există consecințe periculoase în comunitățile care practică curent căsătorii consanguine, dacă nu există boli cu transmitere recesivă (C. D. DARNINGTON, K. MATHER, M. MATHIS). Se pare însă că speranța de viață și fertilitatea sînt mai reduse în aceste comunități.

577. **CONSECINȚĂ** (cf. lat. *consequi* „a urma”) ● Efect, urmare, rezultat al unui proces sau eveniment. În logică, propoziția finală a unui raționament, concluzia ce decurge din una sau mai multe propoziții denumite premise.

578. **CONSECINȚĂ PSIHOLOGICĂ** ● Răsunet intrasubiectiv normal, imediat sau tardiv, tranzitor sau restant, la impactul unui individ sau grup cu un eveniment exterior de orice natură, actual sau nu; reprezintă și reacția unui individ la o trăire proprie sau orice formă de comunicare interpersonală. Diversitatea consecințelor psihologice este practic infinită, ca și ritmul în care ele apar în cîmpul conștiinței sau în subconștient, o descriere fenomenologic comprehensivă și sistematică a lor, a modalităților de apariție și manifestare, de trăire intrasubiectivă sau interpersonală, fiind practic imposibilă și probabil inutilă. Ele fac parte din ceea ce JASPERS numește „realitatea vieții psihice”, ca reflex al organizării și funcționării

„corpului psihic” (EY) sau „aparatului psihic” (FREUD), o repercusiune dinamică, desfășurată într-un continuum ce însoțește și, uneori, influențează, modifică sau determină cursul vieții de relație. Astfel, se poate conveni că toate psihologiile fac referințe implicite și la consecința psihologică, fără să fie necesar să o explice sau să o teoretizeze întotdeauna ca pe un fenomen sau proces anume, întrucît această sintagmă nu definește atît o noțiune, cît o stare generică și specifică sau, uneori, nespecifică, un moment sau virtualitatea unor funcții de analiză și sinteză (conștiință, caracter, personalitate) a pulsioniilor, a psihismului în general. Astfel, consecințe psihologice pot fi considerate în egală măsură: o stare afectivă plăcută și reconfortantă, dezvoltarea determinată a unui caracter într-o situație socio-familială sau educațională dată, atitudinea pacientului față de medicul său, relația medic-pacient în general, transferul și contratransferul, depresia de doliu necomplicată, starea de panică pe care o resimte o mulțime în fața unui cataclism, dar și complexul Oedip, alegerea pentru care optează subiectul la testul Szondi, „întîlnirea” din sociometria lui MORENO etc.

579. **CONSECVENȚĂ** (cf. lat. *consequentia* „ceea ce decurge din”) ● Termen din logica română și medievală care are înțelesul de conchidere logică, implicînd atît conchiderea formală, cît și conchiderea materială. Filozofii romani considerau că există trei tipuri de conchideri, de unde concluzia că adevărul unui raționament stă în conținutul propozițiilor și nu, în mod obligatoriu, în relația dintre valorile logice. Logica scolastică punea accentul pe corectitudinea relațiilor logice dintre propoziții și mai puțin pe premisele de la care pleca și pe care uneori le considera aprioric adevărate.

Din punct de vedere psihologic, consecvența este o caracteristică a personalității unui individ care acționează logic și are principii de gândire și comportament constante, ferme, în orice situație. Este rezultatul unei voințe puternice, alături de o gândire logică, corectă. Consecvența hipertrofiată este una din trăsăturile dominante ale structurilor de personalitate paranoiace. În psihoza paranoiacă această consecvență logică se păstrează aparent în cadrul sistemului delirant, însă, prin desprinderea de realitate, gândirea și comportamentul devin neadaptate, nenuanțate împrejurărilor vieții concrete, reale.

580. **CONSENS** (cf. lat. *consensus* „acord unanim”) ● Acord, identitate între ideile,

sentimentele, comportamentele membrilor unui grup față de o anumită problemă. Cunoașterea de către individ a valorilor aflate în consens, conștiința acordului stabilit între membrii grupului constituie unul din mecanismele de integrare optimă în viața socială. În acest sens, R. PARK și E. BERGESS consideră obiceiurile și idealurile unei societăți ca exprimînd un consens. M. KALLEN definește termenul în limite mai restrînse, ca un acord la care s-a ajuns între indivizii unui grup, în urma unor contradicții manifeste sau tacite, care au determinat presiuni asupra ideilor și sentimentelor indivizilor. Uneori consensul poate fi aparent, reflectat numai în comportamentul individului, acesta avînd alte idei sau sentimente față de anumite probleme ale grupului, însă teama excluderii din grup îl determină să păstreze aparențele. Această situație poate constitui o sursă de tensiune psihologică, ajungîndu-se la stări reactive sau nevrotice. Structurile dizarmonice de personalitate nu pot să accepte consensul, ceea ce determină conflicte între subiecți și grup. În psihoze consensul dispăre complet, prin ruperea legăturilor ce ancorau individul în realitatea obiectivă.

581. CONSERVARE (cf. lat. *conservare* „a păstra”) ● Termen utilizat în mai multe sensuri. Astfel, conservarea informației, structurii și funcției, într-un sistem biologic este o condiție a existenței sale, fiind mai importantă decît conservarea substanței din care este alcătuit sistemul respectiv. Un prim nivel de conservare este codul genetic, prin intermediul căruia informația celulară este păstrată în tot timpul vieții celulei și transmisă celulelor fiice după diviziunea celulară.

La nivelul creierului, informația specifică psihicului este conservată în codul genetic neuronal (memoria de lungă durată) și în conexiunile funcționale care se realizează permanent între neuroni. Deteriorarea acestor structuri, prin leziuni sau în urma îmbătrînirii, duce la tulburări de memorie de diferite intensități și caracteristici. J. PIAGET utilizează termenul pentru definirea componentei de păstrare a memoriei. Memoria păstrează experiența cognitivă, afectivă și comportamentală (fără de care omul ar trăi numai în prezent, sub imperiul trăirilor nemijlocite), necesitînd trecut sau viitor, învățare, experiență, dezvoltare. Termenul mai este utilizat în psihologie și în sensul de instinct de conservare (instinctul alimentar, instinctul de agresiune și de apărare), care definește un complex ereditar de reflexe necondiționate, avînd drept scop menținerea organismului respectiv în viață. La om,

instinctul de conservare este modelat, prin adaptare socială, în vederea realizării unui echilibru între nevoile individului și cele ale grupului în ceea ce privește supraviețuirea biologică.

În psihopatologie se poate întîlni o multitudine de forme de distorsiune a instinctului de conservare: tulburări ale instinctului alimentar (hiperbulie, anorexie mintală, aberații alimentare) și tulburări ale agresivității (agresivitate crescută, suicid).

582. CONSILIUM^(M) Belgia — DCI *Bromperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromfenil)-4-hidroxi-piperidino-/4-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare HALOPERIDOLULUI, efectele sedative fiind mai marcate, iar efectele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

583. CONSILIUL INTERNAȚIONAL PENTRU PROBLEMELE ALCOOLISMULUI ȘI TOXICOMANIEI (CIPAT) ● Fondat în 1907, consiliul și-a adoptat actuala denumire în 1968, ocazie cu care a luat și hotărîrea de lărgire a activității asupra drogurilor. Numără 57 de țări afiliate prin societăți sau instituții de profil. Are reprezentanți regionali în cele mai multe zone ale globului și își integrează eforturile, alături de OMS, în combaterea toxicomanilor și alcoolismului, urmărind consecvent introducerea prevenției și tratamentului acestor afecțiuni în programele naționale de profilaxie primară a sănătății.

584. CONSIMȚĂMÎNT INFORMAT (fr. *consentir*) ● Procedură etică și metodologică a practicii clinice și a studiilor experimentale și de cercetare clinică pe subiecți umani, constînd în explicarea efectelor terapeutice și adverse ale unui medicament sau tehnici terapeutice, a scopului și metodei de lucru, a beneficiilor urmărite și a eventualelor riscuri, în vederea obținerii acordului de participare în deplină cunoștință de cauză (din partea pacientului/subiectului).

Consimțămînt informat (liber, voluntar — SCRIPCARU, CIORNEA, 1979) reflectă principiile fundamentale ale practicii medicale: „non-nocere” și „primum humanitas, alterum scientiae” (interesele umanității primează față de cele ale științei), comune tuturor codurilor eticii medicale, care își au originea în jurămîntul lui HIPOCRATE, în Codul Hammurabi, iar pentru epoca modernă, în „Codul Eticii Medicale” al lui Thomas PERCIVAL (1803). Codul de la Nürenberg (1947), asupra experimentului pe om, și Declarația de la Helsinki (1964), adoptată la a 18-a adunare a

Asociației Medicale Internaționale, stipulează o serie de reguli ce se constituie într-un ghid etic al cercetătorului clinician, aflat în dublă ipostază de medic curant și cercetător (reguli prevăzute și de „Ghidul etic pentru investițiile clinice” elaborat de consiliul juridic al Asociației Medicale Americane — 1966) și consimțămîntul voluntar al subiectului este obligatoriu, cercetarea trebuie condusă numai de persoane calificate și supervizată de un for competent, importanța obiectivului cercetării trebuie să fie proporțională cu eventualul risc pentru subiect, subiectul să fie riguros evaluat în raport cu beneficiul urmărit pentru el însuși și pentru umanitate în general și scopul, natura și riscurile posibile să fie explicate subiectului de către cercetător, subiectul să se poată retrage în orice moment al desfășurării cercetării, iar aceasta să poată fi întreruptă în cazul în care periclitează viața sau integritatea subiectului și cercetătorul să demonstreze competență, siguranță și să asigure confortul fizic și psihic al subiectului pe tot parcursul cercetării.

În psihiatrie, abordarea problemei consimțămîntului informat este controversată. GUTNEIL reproșează o excesivă implementare a principiilor juridice, manifestată în definirea consimțămîntului informat. Astfel, în unele state din SUA (New-Jersey, Massachusetts) este legalizat dreptul pacientului de a refuza deciziile psihiatrului, deși practica de zi cu zi acordă virtual dreptul acestuia de a hotărî în folosul pacienților săi. Conform principiului de drept roman „*parens patriae*”, autoritatea statală decide, prin intermediul unei instanțe juridice, asupra aplicării tratamentului bolnavului lipsit de responsabilitate juridică. Legislația statului California face aproape imposibilă aplicarea terapiei electroconvulsivante, în ciuda eficienței sale clar dovedite și a riscului vital cu totul neglijabil (BERESFORD, 1971), variind de la 0—0,8% (APA — Task Force Record, 1978) la 1/28 000 (BARKER și BARKER, 1959). Această atitudine fals protecționistă față de bolnav ridică medicului o „nouă dilemă etică”, anume aceea de a decide totuși tratarea pacientului psihotic în ciuda acestor „pseudo-dileme etice” (MERSKEY, 1981). Argumentele valorii limitate a consimțămîntului informat țin de premise logice și situații limită, și mai puțin de aspectele concrete și curente ale practicii clinice sau de cercetare. Dacă obținerea consimțămîntului devine problematică la un pacient lipsit de capacitatea aprecierii gravității propriei sale situații, se poate decide internarea obligatorie (statuată în Franța încă din 1838 prin Legea de la 30 iunie, la noi prin Decretul 313/1980). Această apreciere a gravității pro-

priei situații ar rămîne discutabilă chiar la un bolnav critic, pentru că el este handicapat în ceea ce privește calitatea opțiunii sale, pentru că el nu poate înțelege la fel de bine ca psihiatrul avantajele imediate și mai ales tardive ale unui tratament, oricît de bine ar fi informat.

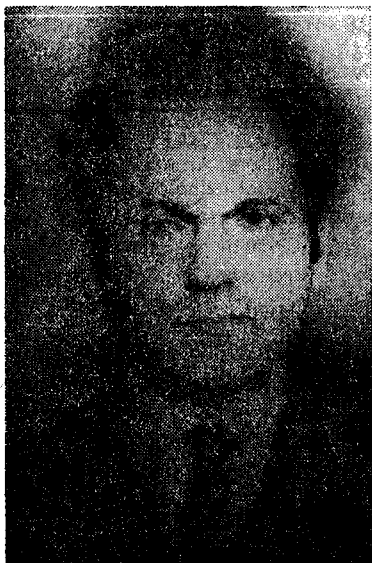
Obținerea consimțămîntului informat este mai operațională în cazul unui subiect cu tulburări grave de comportament, tratabile doar prin psihochirurgie, întrucît lobotomia poate afecta capacități intelectuale și creative pe care pacientul nu consimte să le piardă concomitent (HARE, 1981). Dificultăți directe și indirecte mai derivă și din consumul mare de timp pentru psihiatru, prin faptul că subiectul poate crede că psihiatrul își ia măsuri de prevedere datorate relativității tratamentului și pentru a-și diminua responsabilitatea (ceea ce va impieta asupra relației terapeutice medic-pacient) și din diferența de perspectivă asupra bolii, pe care o au medicul și bolnavul (situația ideală ar fi doar, aceea a medicului devenit pacient). Consimțămîntul informat rămîne un element al unei relații complexe medic-pacient-familie, care se bazează pe încrederea pacientului în medic. Probleme specifice ale consimțămîntului informat apar în psihoterapia comportamentală (prin modificările comportamentale induse fără participarea „directă” a conștiinței bolnavului, care însă le acceptă conștient odată cu acceptul participării la terapie), familială și maritală (unde stabilirea unui „contact” clar este necesară pentru înlăturarea unor false expectații — BANCROTT, 1981). O problemă dificilă în acest sens o constituie și efectele adverse tardive ale medicației neuroleptice standard și depozit. HIRSCH (1973) crede că este corectă administrarea medicației cu acțiune prelungită, fără a cere neapărat consimțămîntul informat față de efectele adverse tardive eventuale, pentru că cercetarea clinică a acestor substanțe a dovedit clar eficiența lor în comparație cu placebo, iar faptul că medicul recomandă substanța, chiar dacă se așteaptă la eventuala apariție a unor efecte adverse „nu e neapărat o absență etică, ci o dovadă rațională și un argument pro” al eticii sale profesionale. „Neclarități” etice ar mai rămîne, după KLERMAN, SCHECTER (1981), numai în ceea ce privește raportul dintre aceste efecte adverse și durata tratamentului.

585. CONSIN-GG^(M) S.U.A. — DCI *Guafenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

586. CONSISTENȚĂ (fr. *consistance*) — sin. **SOLIDITATE** ; **REZISTENȚĂ** ● Referitor la discurs, calitatea acestuia de a fi armonios încheșat, plin de conținut și strâns argumentat. În logică, prin consistență se înțelege calitatea unui sistem axiomatic de a fi necontradictoriu, cu alte cuvinte, proprietatea sistemului de a nu putea să conțină o contradicție oarecare și totodată negația ei. Lipsa de consistență a discursului este adesea semnul major al bolii psihice. În acest sens, discursul schizofrenului este o exemplificare a inconsistenței și a incongruenței pe care disociația le poate produce. Stările maniacale sînt o circumstanță în care consistența se diluează pînă la extrem. Demența reprezintă o ipostază în care discursul își pierde sensul.

587. CONSONANȚĂ (fr. *consonance* ; cf. lat. *consonantia* „acord”) ● Efect auditiv armonios, plăcut urechii, care se obține prin perceperea a două sau mai multe sunete caracterizate printr-o anumită frecvență și emise în același timp (de obicei de un instrument muzical). În sens figurat, desemnează acordul, comuniunea, potrivirea între diferite opinii. Termenul a fost utilizat de Șt. ODOBLEJA în elaborarea teoriei consonantiste, considerată ca fiind o precursoră a ciberneticii.

588. CONSTANTINESCU George (1922—1980) ● Studiază medicina la București (1943 — 1949), se orientează încă din anii studenției



George Constantinescu

către psihiatrie căreia îi va rămîne fidel. A participat la redactarea problematicii de psihiatrie în „Dicționarul medical” (1969), precum și la cîteva din lucrările de referință ale psihiatriei românești : „Terapia psihotropă” (1968), „Tratatul de Psihiatrie” (1976), „Sănătatea mintală în lumea contemporană” (1975). Alături de Prof. V. PREDESCU a contribuit la reorganizarea și dezvoltarea învățămîntului medical postuniversitar psihiatric.

589. CONSTITUȚIE (lat. *constitutio* „structură fizică”) ● Concept încă discutat și mai ales discutabil referitor la ansamblul trăsăturilor psiho-somatice ale individului considerate a fi innăscute și mai mult sau mai puțin influențate de factori ambientali, corelat cu conceptele de personalitate, caracter, structură morfologică, caracteristici patologice. Începînd cu HIPPOCRATE și continuînd pînă în epoca modernă, au fost elaborate numeroase sisteme de explicație și tipuri constituționale, fiecare definiție a constituției reflectînd cunoștințele medicale ale epocii respective. Conținutul conceptului și tipurile de subdiviziuni s-au schimbat concomitent cu lărgirea cîmpului de cunoștințe medicale și biologice. Prima definiție a constituției îi aparține lui BOUCHARD care, bazîndu-se pe datele despre ereditate ale epocii, o denuinea „ansamblul tuturor calităților individuale, fizice și psihice”. Constituția apărea astfel ca fiind totalitatea predispozițiilor care se conservă, ca și structura cromozomială, fără schimbări notabile de-a lungul existenței și care determină un anumit mod de reactivitate a organismului. Ulterior, conceptul de constituție este definit în raport cu anumite boli mintale, pentru a se ajunge la determinarea anumitor tipuri de comportament, a unor tendințe care se pot dezvolta sub influența anumitor factori.

La începutul secolului al XIX-lea, DUPRÉ concepe doctrina constituționalistă, descriînd opt tipuri constituționale morbide, pe care le consideră ca o predispoziție („avant psihoza”), potențialitate de evoluție spre o anumită boală psihică : dezechilibre constituționale ale sensibilității, motilității, ale apetitului (toxicomani), ale instinctelor (perverși), ale dispoziției, ale caracterului, ale afectivității ; constituția paranoiacă, constituția miopatică. După el, DELMAS și BELL (1927) elaborează o teorie a personalității bazată pe trăsături constituționale (caracteristici ale constituției afective, psihopatie, emotive, paranoiace, perverse, mitomanice), la care CLAUDE și MINKOWSKI adaugă constituția schizoidă. În anul 1930, DROPER definește constituția ca fiind ansamblul trăsăturilor ereditare (influențate mai mult sau mai puțin

de factori ambientali), care determină modul de reacție, de adaptare a individului la mediu. În mod asemănător este definită și de către PENDE.

: Toate concepțiile enumerate reliefează determinarea constituției, în primul rând genetic, ereditar, și în mai mică măsură de factori ambientali. KRETSCHMER definește constituția ca fiind „organismul considerat în ansamblul său, formînd o entitate somato-psihică, cu o activă interpenetrare și cu o constantă interdependență a morfologiei, fiziologiei și caracteriologiei”. BLEULER introduce în definirea conceptului ideea de posibilitate, capacitate de stabilire a contactelor sociale, interpersonale. Ulterior au apărut studii care au încercat stabilirea unor corelații cu diencefalul, sistemul endocrin, sistemul nervos vegetativ. SZONDI imaginează, prin conceptul de constituție, o genetică sui-generis care ar marca destinul personalității. Majoritatea autorilor încearcă deci să stabilească o legătură, o concordanță, între datul genetic fizic și cel psihic. Mai nou, CHANGEUX susține că programarea genetică fixează anumite conexiuni sinaptice, care nu se mențin decît în condițiile unor interacțiuni cu mediul, acestea avînd un rol selectiv.

Cert este că în limbajul medical actual termenul de constituție nu are un consens unanim acceptat: pentru unii el se referă predominant la genotip, pentru alții se referă predominant la fenotip. Atributul de constituțional este conferit de asemenea unor afecțiuni sistemice sau de organ, a căror etiologie nu a putut fi încă precizată. Numărul acestor afecțiuni scade însă pe măsura dezvoltării studiilor patologice, care demonstrează că nu poate exista boală constituțională pură, nu poate fi vorba de un sistem constituțional care să determine singur o patologie specifică. Studiile actuale de fiziologie genetică stabilesc o distincție clară între bolile care au o determinanță predominant genetică și cele care au o determinanță predominant peristatică.

Conceptul de constituție atît de mult timp legat de genotip, nu poate fi atribuit integral și categoric nici genotipului, nici fenotipului. Constituția este înțelesă ca un statut biologic constant (fiind statică dată, odată pentru totdeauna, imuabilă), pe cînd fenotipul este continuu modelat de factorii situaționali ambientali. Pe de altă parte, realitatea clinică evidențiază clar relativitatea sau chiar arbitrariul corelației dintre boală și constituție (nu numai picnicii sint ciclotimi, ei pot fi tot atît de bine schizoizi etc.). Termenul este folosit astăzi numai ca un concept auxiliar, al clasificărilor patologice.

590. **CONSTITUȚIONAL^(D) delir** (cf. lat. *constitutio*) ● Delir descris prin proprietatea de a se dezvolta, de obicei insidios, pe structura de personalitate premorbida, de la care preia anumite trăsături psihopatologice. Paranoia este singura dezvoltare care are această proprietate, structurîndu-se pe personalitatea paranoiacă, caracterizată prin neîncredere în ceilalți, orgoliu excesiv, agresivitate, rigiditate în gîndire.

591. **CONSTITUȚIONALISM** (cf. lat. *constitutio*) ● Curent de idei care, pornind de la realitatea obiectivă a constituției somato-psiheice, încearcă să transpună planul descriptiv în teorie, pentru a-l face să prevaleze în explicația etiologică a diferitelor afecțiuni. Înrudit cu alte concepții erediționiste, constituționalismul nu este, în cele mai multe cazuri, decît o explicație empirică, simplificatoare și reducționistă.

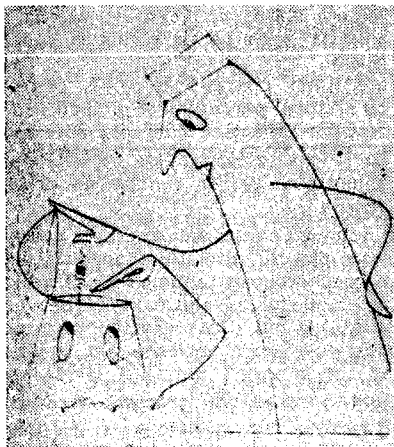
592. **CONSTRÎNGERE** (cf. fr. *contraindre*; vezi lat. *constringere* „a lega strîns, a împiedica”) ● Modalitate de a determina schimbarea comportamentului unei persoane printr-o influență exterioară. În sens filozofic, omul nu are libertate absolută în acțiunile sale, fiind constrîns de necesitățile legilor obiective. Constrîngerea poate fi morală (cînd se face apel la mecanismele psihologice) sau fizică; poate fi exercitată asupra individului de către societate, de un grup sau de un alt individ. Poate avea un scop pozitiv pentru individ sau pentru societate, sau poate constitui un abuz. Societatea își exercită constrîngerea fie fătîș, prin intermediul reglementărilor legale, al opiniilor sau moravurilor, fie indirect, prin procesul educativ, în urma căruia individul acceptă sistemul de norme al societății sau grupului, dar nu și-l însușește pe deplin, acesta fiind în contradicție cu anumite motivații interioare. Atunci cînd constrîngerea generează tensiuni psihologice, devine o sursă de boală și exercitarea brutală a constrîngerii poate genera reacții de diferite intensități, în timp ce exercitarea insidioasă poate genera nevroze.

593. **CONSTRUCTIVISM** (fr. *constructivisme*) ● Teorie gnoseologică ce susține ideea rolului activ al individului în procesul cunoașterii, în opoziție cu interpretările contemplativiste, care atribuie individului un rol pasiv, de simplă receptare a obiectului cunoașterii. Absolutizînd spontaneitatea facultăților cognitive ale individului în elaborarea cunoștințelor (în special a abstracțiunilor), constructivismul con-

duce la idealism subiectiv sau agnosticism, în măsura în care elimină dimensiunea reflectantă a cunoașterii și raportarea necesară a construcțiilor eidetice la realitatea obiectivă.

În teoria fundamentelor matematicii, constructivismul reprezintă ansamblul concepțiilor înrudite prin accentul pus pe rolul intuiției în elaborarea conceptelor și relațiilor matematice, considerate exclusiv ca potențialități funcționale ale gândirii, fără nici o legătură cu realitatea fizică și având un fundament logic diferit de cel prin care se constituie cunoștințele empirice. Principalele variante ale constructivismului matematic sînt reprezentate de școala olandeză (BROUWER, HEYTING) și de teoria constructivistă a lui MARKOV.

594. **CONSULTAȚIE** (cf. lat. *consultatio* „discuție, consultare”) ● Termen consacrat în limbajul curent și medical „întîlnirii” dintre bolnav și medic, între aceștia stabilindu-se o relație biunivocă, în care primul solicită, iar celălalt oferă actul medical, reprezentat prin doi parametri esențiali: diagnosticul și tratamentul. Ecourile psihologice ample pe care le trezește consultația medicală sînt mult adîncite și capătă o valoare multiplicativă în psihiatrie. Examinarea bolnavului psihic este fundamentată, în mod esențial, pe realizarea unui sistem de relații în care medicul nu trebuie să studieze boala, ci omul din fața sa, deschizîndu-i acestuia



calea spre deplina confesiune și spre speranța vindecării.

Modelul optim al consultației medicale este dorit atât de pacient, cît și de medic, în acest sens căutările ambilor reprezentînd perioada dialogului, la care bolnavul se prezintă cu o concepție aproape sau chiar clară despre boala

sa (sau despre cadrele medicale), iar medicul „are și el propriile aspirații în legătură cu bolnavul” (SIVADON). În afara aspectelor legate de contactul medic-pacient, este demn de luat în considerare aportul nu lipsit de semnificație pe care tehnica medicală îl aduce în cadrul fenomenului socio-cultural (inclusiv medical) actual. Astfel, după cum remarca ENĂTESCU, investigarea tehnică se interpozează între medic și pacient, reunind efectul psihoterapeutic al dialogului cu avantajele oferite de tehnică, atît ca aport științific medical, cît și ca efect de psihoterapie indirectă. În nevroze, de exemplu, este de multe ori necesară consumarea unui întreg arsenal de investigații paraclinice și examene de laborator care, într-o majoritate de cazuri negative, au rolul de a infirma, pe de o parte, o afecțiune organică (medicului) și pe de altă parte, de a asigura liniștea (pacientului).

Consultația medicală asistată pe calculator, deși și-a demonstrat în multe cazuri eficiența practică (programe expert, bănci de date medicale — în cardiologie, de exemplu), nu poate înlocui în nici un caz dialogul medic-bolnav, în care, după cum remarcă ATHANASIU, „nu medicul pare a fi elementul esențial, ci convorbirea” ... Calculatorul poate deveni util ca „instrument” de optimizare a unor etape de activitate necesare în practica medicală (inclusiv psihiatrică), a acelor fenomene ce pot fi algoritmizate și, deci, formalizabile matematic. Fără a pierde nimic din valorile consultației psihiatrice „clasice”, psihiatria rămîne deschisă înnoirilor permanente pe care le impune progresul științei.

595. **CONȘTIENTIZARE** (cf. fr. *conscient*)

● Proces, experiență afectiv-cognitivă, prin care subiectul devine conștient de conținutul latent, de semnificația simptomelor, conduitei, producțiilor imaginare și a conținutului comunicării.

În cura psihanalitică, conștientizarea reprezintă, pe de o parte, rezultatul interpretărilor analistului privind transferul, asociațiile libere, visele, amintirile și rezistențele pacientului, iar, pe de altă parte, rezultatul procesului de preelaborare, de integrare conștientă a interpretărilor, de acceptare a acestora, de slăbire sau anulare a rezistențelor. Deși conștientizarea înseamnă diminuarea rezistenței, poate funcționa ea însăși ca rezistență în evitarea situației analitice, prin autoanaliză, ca și prin evitarea instalării nevrozei de transfer în tot cursul analizei, prin ceea ce E. GLOVER numea „sacrificarea ... conflictelor genitale infantile în locul conflictelor sadic-anale, ... a sentimentelor depresive în locul celor de

culpabilitate, ... a reacțiilor homosexuale inconștiente în locul reacțiilor inconștiente heterosexuale". Cura psihanalitică se edifică pe influența conștiințului asupra inconștientului și ne arată că în orice caz această sarcină, oricât ar fi de dificilă, este posibilă" (S. FREUD).

Având rolul dinamicii transferențiale și al jocului rezistențelor, conștientizarea este în primul rînd o experiență afectivă. Din acest motiv, simpla modificare sau înțelegere la nivel intelectual rămîne fără ecou în planul personalității și în plan simptomatic. În nerecunoașterea acestei diferențe rezidă greșeala psihanalizatorilor amatori, începători, sau a celor care nu au în formarea lor profesională o analiză didactică (→ ANALIZA DIDACTICĂ, ANALIZA SALBATICĂ). FREUD sublinia de altfel diferența între a auzi și înțelege și a trăi afectiv.

596. CONȘTIINȚĂ (cf. lat. *conscientia* „cunoaștere, înțelegere clară”) ● Atribut definitoriu al umanității, cea mai evoluată formă de reflectare psihică a lumii obiective, caracterizată prin raționalitate și aprehensiunea propriei identități a individului; conștiința înseamnă deci activitate psihică rațională, însoțită permanent de a percepția Eului, ca agent unic, indivizibil și inconfundabil al tuturor actelor sale psihice. Activitate a creierului omenesc, soldară cu limbajul, conștiința este un produs social-istoric, constituindu-se în procesul muncii — factorul determinant al antropogenezei. Fenomen psihic — factorul determinant al antropogenezei. Fenomen psihic a cărui geneză și denumire sînt condiționate istoric, conștiința se înfățișează în două ipostaze complementare: conștiința socială și conștiința individuală.

Conștiința socială însumează experiența cognitivă, emoțională, habituală etc. acumulată de o comunitate umană de-a lungul istoriei sale — ansamblul de idei, credințe, reprezentări, sentimente, din care se constituie concepția despre sine și despre lume a unei societăți, reflectînd coordonatele obiective ale existenței.

Conștiința individuală reprezintă reflectarea subiectivă a existenței fiecărui om, avînd note de unicitate și irepetabilitate. Conștiința socială își pune o amprentă mai mult sau mai puțin accentuată asupra oricărei personalități, astfel încît fiecare om aparține, prin mentalitate, cunoștințe și deprinderi, societății și timpului său, avînd însă un univers sufletesc inconfundabil, în care se împletesc elemente ale conștiinței sociale, însușite prin educație și acte subiective, proprii fiecărui individ, corelate cu

meandrele aparte ale oricărei existențe umane și cu trăsăturile distinctive ale fiecărei personalități. Pe plan ontologic, conștiința este o categorie fundamentală în opoziție cu materia și în funcție de primordialitatea acordată materiei sau conștiinței, concepțiile filozofice se diferențiază în teorii materialiste sau idealiste (spiritualiste).

597. CONȘTIINȚĂ OBSCURĂ — sin. CONȘTIINȚA STINSĂ (RIBOT); INCONȘTIENT NORMAL (PRADINES); INFRACONȘTIENT (BUROLOUD); PRECONȘTIENT (FREUD) sin.

→ SUBCONȘTIENT.

598. CONȘTIINȚĂ și psihiatrie ● În psihiatrie, termenul de conștiință are diferite interpretări, în funcție de fundamentarea teoretică prin care se abordează studiul ei, fiecare din concepții căutînd să aducă lumină în diferite aspecte ale psihopatologiei.

Abordarea neuropsihologică înțelege prin conștiință procesul orientat, finalist, de integrare a întregului sistem nervos care, pe fondul stării de veghe, prelucrează informațiile oferite de aferențele senzitivo-senzoriale, realizînd o reflectare subiectivă a realității obiective și putînd oferi un răspuns comportamental adecvat. Se admite astfel o structurare a conștiinței în trei niveluri:

- conștiința elementară (conștiința), care asigură starea de veghe, prezentă și la animale și ținînd de structuri subcorticale;
- conștiința operațional-logică, prin care cu ajutorul percepției și gândirii se realizează o reflectare coerentă a realității;
- conștiința axiologică, de opțiune pentru anumite valori în funcție de criteriile sociale.

Deși definirea conștiinței ca esență comportă numeroase direcții, anumite proprietăți îi sînt unanim recunoscute și anume: substratul material este creierul și nivelul maxim de dezvoltare a conștiinței la om a fost atins odată cu apariția limbajului, unele atribute ale conștiinței existînd sub o formă simplă și la maimuțele antropoide și conștiința prezintă variații cantitative în timp, la același subiect, dar și variație ciclică (alternanța somn-veghe) și presupune integritatea tuturor funcțiilor psihice și percepție, atenție, memorie, gândire, afectivitate. Starea de veghe (conștiința) este condiția cea mai importantă care menține un nivel de excitabilitate strict necesar desfășurării tuturor funcțiilor psihice, pentru existența conștiinței,

Din punct de vedere al rolului pe care-l are, conștiința prezintă două laturi :

- informațional-cognitivă, care utilizează : identificarea obiectelor, delimitarea real-imaginar, conceptele și simbolurile, sesizarea raporturilor și legăturilor logice dintre obiecte și fenomene, raționamentele ;
- reglatoare, care realizează motivația, formularea și anticiparea comportamentului, asumarea responsabilităților, aplicarea deciziilor, fiind structurată prin sinteza unui model informațional dinamic al lumii și al propriului Eu.

Deși reprezintă sinteza întregii activități de ansamblu a creierului, anumite structuri neuroase au totuși un rol hotărâtor. Astfel, funcționarea normală a formațiunii reticulate și a sistemului centrencefalic întreține starea de veghe și alternanța veghe-somn. Sistemul limbic, cornul Ammon hipocampul și amigdala contribuie la orientarea focalizată a atenției. Trezirea, controlată prin intermediul substanței reticulate, este direct proporțională cu cantitatea stimulilor și este nespecifică. Trezirea corticală este dependentă de semnificația informațională a stimulului. Cercetările de neurofiziologie modernă au stabilit pînă în prezent contribuția precumpănitoare a cortexului, nucleilor bazali, sistemului talamic difuz și a hipotalamusului în realizarea conștiinței. Abordarea neuro-psihologică oferă explicații asupra substratului tulburărilor din conștiință, dar nu a reușit încă descifrarea mecanismului de apariție a nevrozelor, psihozelor, psihopatiilor.

Concepția psihanalitică, dezvoltată inițial de FREUD și continuată de neofreudism, explică, atît din exterior cît și din universul psihic interior, rolul inconștientului și preconștientului de a se opune prin mecanismul de refulare. Numai în isterie mecanismul refurării constituie însă un model logic, care pînă în prezent explică destul de bine anumite simptome. În celelalte afecțiuni psihice însă, raționamentele psihanalitice sînt extrem de vulnerabile.

Prin concepția organo-dinamistă, H. EY introduce noțiunea de „cîmp al conștiinței”, alcătuit din ansamblul fenomenelor psihice ale existenței, la un moment dat : percepție, imaginație, sentimente, pulsuni, activitate motorie, limbaj. Pentru EY, ca și pentru JASPERS, conștiința este „viața psihică la un moment dat”, secțiunea transversală (structura sincronică), la nivelul existenței psihice a unui individ. Conștiința (luciditatea) este echivalentul clarității cîmpului conștiinței. Secțiunea longitudinală (diacronică) a vieții psihice a individului, care țrece, prin totalitatea „clipelor” cîmpului con-

științei, constituie „organizarea personalității”. Astfel, personalitatea ar fi alcătuită din filmul rezultat din derularea multiplelor cadre ale prezentului. Pentru EY, disoluțiile cîmpului de conștiință și ale organizării conștiinței, explică întreaga patologie psihiatrică. Astfel, disoluțiile cîmpului conștiinței de intensitate mică determină manie și melancolie, cele de intensitate medie — psihozele delirante acute și stările oneiroide, iar disoluțiile profunde determină stările confuzionale și confuzconirice. Disoluțiile structurii profunde a conștiinței determină, cînd sînt de mică intensitate — dizarmonia ; cînd sînt de intensitate medie — delirurile cronice și schizofrenia ; cele mai grave disoluții determină demențele.

Abordarea conștiinței din unghiul psihologiei sociale a condus în mod inerent la delimitarea și a altor entități și corelații. Astfel, se descrie conștiința individuală, exprimînd structurarea superioară a fenomenelor psihice sub influența unor mecanisme de natură socială : limbaj, valori, simboluri. Astfel, cu cît cultura societății din care individul face parte este mai evoluată, cu atît individul își însușește mai mult din valorile ei, cu atît el este mai conștient de locul și rolul său în colectivitate și de propriile sale aspirații, pe care și le poate corela cu disponibilitățile și cerințele societății. Medii familiale dezorganizate, microgrupuri cu nivel etic coborît, pot determina structurări dizarmonice ale personalității copilului sau adolescentului, contribuind la constituirea psihopatiei sau la dezvoltarea unor predispoziții genetice spre nevroze sau psihoze.

Alterarea sau structurarea insuficientă a conștiinței morale este o trăsătură axială a personalității structurate dizarmonic, dar se întîlnește și în oligofrenii, demențe, schizofrenie.

Conștiința socială este alcătuită din totalitatea ideilor, reprezentărilor, normelor sociale, teoriilor, credințelor indivizilor unei societăți date. Datorită influenței pe care o exercită relațiile sociale, conștiința fiecărui individ este modelată de conștiința socială.

Conștiința grupului (pe care și-o formează membrii unui grup), este influențată nemijlocit de specificul relațiilor din grupul respectiv. Din această categorie fac parte și conștiința de familie, de echipă de muncă etc.

Conștiința profesională reflectă modul de integrare a unui individ în cerințele sociale ale profesiei pe care o exercită. Este rezultatul însușirii cuncștințelor și a relațiilor sociale specifice profesiei respective.

Conștiința de clasă și conștiința națională reflectă conștiința unor grupuri constituite is-

toric (clasă socială, națiune), care își exercită o puternică influență asupra conștiinței individului.

Conștiința morală reprezintă ansamblul normelor etice ale unui individ sau ale unui grup reflectate în conștiința membrilor grupului.

Conștiința de sine constituie reflectarea în conștiința individului a propriei existențe psihice și sociale. Se structurează în cadrul relațiilor sociale, individul cunoscându-se pe sine și delimitându-se de ceilalți prin comparare cu semenii săi. Astfel, el devine o conștiință personalizată, individualizată.

Personalitățile structurate dizarmonic își structurează o imagine deformată atît despre lume cît și despre sine. Delirurile cronice și, mai ales, schizofrenia determină o distorsionare delirantă sau o bulversare a conștiinței de sine.

599. **CONȘTIINȚĂ** — *tulburări* ● În funcție de accepțiunile psihiatrice ale termenului, se poate realiza o sistematizare didactică a principalelor modalități de existență a conștiinței și a tulburărilor ei :

- *Cîmpul de conștiință* care integrează prezența în lume, permițîndu-i subiectului să se situeze în raport cu semenii săi, să-i înțeleagă lucid și să se adapteze schimbărilor pe care le percepe.

- *tulburările cîmpului de conștiință* :

- tulburările clarității și integrării cîmpului conștiinței : obtuzia, hebetudinea, torpoarea, obnubilarea, stuporul, soporul, suspendarea completă a conștiinței ;

- tulburările structurii cîmpului conștiinței :

- îngustarea cîmpului conștiinței ;
- starea crepusculară ;
- confuzia mintală (stările confuzionale) : oneirodia, amenția ;

- *Conștiința de sine a subiectului*, ca sentiment al propriei identități.

- *Tulburările conștiinței de sine* :

- Tulburările conștiinței corporalității (somatognozia) :

- tulburări de schemă corporală de tip neurologic : sindromul Gerstmann, sindromul Anton-Babinski ;

- tulburări de schemă corporală de tip psihic : cenestopatii, sindrom hipochondriac, sindrom Cotard ;

- desomatizare : dismorfofobia, heautoscopia ;

- Tulburările conștiinței realității obiectuale : derealizarea.

- Tulburările conștiinței propriei persoane : personalitatea multiplă, depersonalizarea, automatism mintal.

— Tulburările somnului și visului : insomnii, hipersomnii, visul.

- *Conștiința morală*, care se referă la capacitatea de înțelegere și judecată, reflectată în comportamentul subiectului, conform cu anumite norme deontice și un sistem axiologic, obținută prin enculturare și autostructurare.

600. **CONTACT AFECTIV** (cf. lat. *contactus* „atingere, contact”) ● Relație emoțional-afectivă, exprimată în termeni de atracție-respingere (simpatie-antipatie) sau indiferență, care caracterizează orice întîlnire între două persoane. Noțiunea se valorizează practic în aproape orice moment al existenței de zi cu zi, avînd în vedere faptul că omul este în primul rînd o ființă socială. Fără acest contact afectiv, viața nu ar fi decît o sumă de monologuri care s-ar pierde în eternul universului, o „culegere” de arii în care soliștii ar cînta fiecare pe scena sa.

În psihiatrie, problema contactului afectiv este deosebit de importantă, din două puncte de vedere : unul se referă la gradul de comunicare pe care îl realizează medicul cu pacientul său, al cărui substrat este puternic încărcat de sentimente și care-i permite primul un diagnostic corect, o apropiere cît mai bună de sufletul omului aflat în suferință și de impasul în care se află ; al doilea decurge firesc din premisa anterioară (dacă se realizează) și constă în stabilirea unei relații psihoterapeutice eficiente, fundamentală pentru actul terapeutic. Pacientul se află pe scaunul din fața medicului, încărcat de toate speranțele înțelegerii, dar și ale rezolvării suferințelor sale prin remediile ce i se vor oferi. Anxietate, insecurizare, suferințe și speranță, încredere - acestea sînt sentimentele pe care bolnavul le afișează, mai direct sau mai voalat, celui pe care l-a ales (situația optimă) spre a-i fi tîmăduitor. Înțelegerea, căldura sufletească, omenia, răbdarea și asigurarea trebuie să fie instrumentele cu care psihiatrul va opera în „plaga” pacientului său. În acest sens medicul, după cum afirma E. MAY, trebuie să vadă în fața sa un om cu suflet, nu o simplă ființă vie. Mai mult, psihiatrul va căuta să nu creeze bolnavului impresia că se află în situația unui obiect care urmează să fie clasificat. Oprtime pentru succesul terapeutic sînt sentimentele de încredere, stimă, simpatie (din partea pacientului), dar sînt posibile și cele de îndoială, teamă, dispreț, ură. În această relație afectivă care se stabilește între bolnavul psihic și medicul său, empatia, atitudinea simpatetică și identificarea sînt etape care asigură permeabilizarea canalului care atinge esența persoanei (înlăturînd inerențele complicații în

plus sau în minus față de interrelația personală medic-bolnav). Este sugestivă expresia folosită de MILCOVEANU pentru relația de simpatie, de contact afectiv optim: „antanta cordială” între medic și pacient, premisă pentru asigurarea unui „dubl transport psihologic” (ATHA-NASIU). Este însă preferabil termenul de „contact comunicant”, care oferă nu numai o viziune superioară, la nivelul intercomunicării, dar deschide și posibilități de studiu prin metode lingvistice, psiho-lingvistice, socio-lingvistice, semiotice.

O altă semnificație a contactului afectiv funcționează în psihopatologie, prin opoziție cu fenomenul denumit „pierderea contactului vital cu realitatea” (MINKOWSKI), prin care, în spirit bergsonian, se definește ecoul procesului disociativ bleulerian asupra afectivității în schizofrenie. În viziunea lui MINKOWSKI, contactul afectiv este inferior ca circumscriere celui vital, constituind numai un sector al existenței, o latură a comunicării, și fiind constrins între anumite limite (→ CONTACT VITAL). Alterarea sa reprezintă numai o componentă a procesului disociativ, element psihopatologic central în schizofrenie. Rămânând în cadrul psihozelor, maniacalul cumulează în cel mai înalt grad afectivitatea în contactul pe care-l realizează cu semenii săi, dar caracterul patologic este marcat prin superficialitatea unui „prea plin” care aparent îl apropie, dar în realitate îl situează deasupra normalității. Prin opoziție, depresivului îi „pălește” posibilitatea realizării unor legături cu cei din jurul său, datorită suprasaturății cu afecte negative, fiind mult prea adâncit în propria-i durere. Păstrând limitele definirii nosografice, structurile dizarmonice de personalități schizoide și hipertim — timopate depresive pot fi recunoscute și ele prin trăsăturile pe care le conferă capacitatea de comunicare pe linia afectivității, deși alterarea contactului afectiv este, în aceste cazuri, de o intensitate mai redusă.

În cazul isteriei pe prim plan se afirmă ego-centrismul care poate fi deseori „disimulat” (în funcție de complexitatea personalității și gradul de cultură) în roluri cu puternică încărcătură afectivă, puse în slujba „farmecului” personal. Cât despre oligofreni sau demenți, contactul afectiv este pus întotdeauna în umbra sărăciei ideative (primare sau secundare) căpătând în unele cazuri valențe de supracompensare. Indiferența afectivă rămâne apanajul stărilor de tulburare a conștiinței (sindrom confuzional de diferite etiologii, demență, oligofrenie gravă) și a stărilor defectuale postprocesuale (în special forma hebefrenică a schizofreniei).

601. CONTACT^(D). delir ● Delir. descris de ESQUIROL în 1838, în cadrul „nebuniei atingerii”. Bolnavul, îngrozit de murdăria pe care anumite obiecte ar putea-o transmite (mai ales clanțele, robinetele, butoanele), își ia nesfârșite măsuri de precauție pentru a evita contactul direct. Apariția unui comportament ablutomanic este de asemenea frecventă. Maximum de intensitate al acestui delir este însoțit, după MICHAUX, de refuzul de a părăsi patul, pentru evitarea oricărui contact „periculos”.

602. CONTACT MEDIC-PACIENT ● După cum afirmă PAMFIL, bolnavul psihic este cel „care suferă și are nevoie de conștiința noastră, a psihiatrilor, pentru a și-o oglindi pe a sa”. Psihiatria este prin excelență ramura medicinei în care participarea empatică este obligatorie în întâlnirea și dialogarea cu omul bolnav, fiind necesar deci ca această întâlnire să se producă într-o ambianță plină de comprehensiune, solidaritate cu suferința. Medicul se „angajează” — mai mult decât în oricare altă specialitate — să înțeleagă bolnavul, paralel cu înțelegerea procesului patologic obiectivat în cursul dialogului. Acest dialog stabilește contactul, comunicarea reciprocă dintre medic și pacient, comunicare dublată de „o generoasă dăruire de la vindecător spre suferind” (PAMFIL).

Arta stabilirii contactului medic/pacient (bolnav psihic) este dată de capacitatea primului de a înțelege individul ca fiind unic și irepetabil în identitatea sa. Aceasta este explicația faptului că un suferind psihic va stabili un contact bun numai cu un anumit medic sau numai într-un anumit moment, momentul în care bolnavul va simți că suferința sa găsește simpatie în înțelegerea terapeutului. Contactul medic-bolnav psihic reprezintă o relație interumană de tip special și nu poate fi bun decât în condițiile în care bolnavul are o deplină încredere în medic, astfel încât să-și poată dezvălui în fața acestuia „tenebrele” suferinței sale tainice care, uneori, nu au constituit obiectul nici unei alte confesiuni. În fața bolnavului psihic, psihiatru nu-și va nega niciodată identitatea sa de medic, evitând atitudinea de complezență sau confruntarea de opinii (care poate fi temperată sau aminată). În nici un caz atitudinea medicului nu va fi indiferentă de atitudinea, gestică și afirmațiile bolnavului. Atitudinea medicului nu va fi niciodată ostilă.

Dacă în oricare altă specialitate medicală, primul contact cu pacientul îi poate releva medicului existența unei suferințe cardiace, digestive etc. (internistul, chirurgicalul au la îndemână o serie de mijloace clinice și para-

clănice prin care se poate stabili cu claritate diagnosticul de la prima întâlnire) de cele mai multe ori obținându-se și colaborarea din partea pacientului, în sensul acordului său la conduita terapeutică și în psihiatrie, nu de puține ori, primul contact nu înseamnă altceva decât o „tatonare” reciprocă a celor doi parteneri.

Primul contact va însemna un început al cunoașterii, cunoaștere care va putea fi completă numai prin atitudine constant comprehensibilă față de suferința umană, prin climatul de încredere și securizare pe care medicul știe să-l ofere suferindului. Variantele de desfășurare a acestei interrelații umane sînt practic egale cu numărul bolnavilor psihici (și nu al bolilor). De obicei, nevroticul „de abia așteaptă” să se dezvăluie în fața medicului și să se „abandoneze” îngrijirii acestuia, acordîndu-i de la început creditul rezolvării întregii problematice a derapajului său existențial, contactul medic-pacient fiind în acest caz contactul „ființă, slabă suferindă”-specialist cu puteri „magice”. Nu la fel se petrec lucrurile cu bolnavul psihotic, aflat la primul contact cu un psihiatru și el va păstra o rezervă, trebuindu-i timp pentru a-și dezvălui suferința. Cei doi parteneri ai relației psihiatru/bolnav psihotic se studiază reciproc și în acest cuplu primul trebuie să capete încrederea celuilalt, să-i înlăture suspiciunile, să-i dovedească că se angajează alături de el în lupta împotriva chinuloaselor suferințe lăuntrice și cel de-al doilea partener, pacientul, are o atitudine de expectativă și continuă tatonare, încercînd să se convingă că medicul „merită” încrederea sa. Acest lucru este dificil, deoarece pacientul, retras în „turnul de fildeș” al trăirilor sale, este detașat complet de ambianță, căreia îi aparține și medicul. De obicei, sensul relației nu este (și nu poate fi), cel puțin la început, de la bolnav la medic (adică de la autist la lumea reală), ci de la medic la pacient și medicul este acela care va încerca să găsească anevoiosul drum al comunicării cu bolnavul, acea unică uneori undă de rezonanță. Pentru depresivul retras în durerea sa morală, lipsit de elan vital, convins de inutilitatea a tot și a toate (inclusiv a consultației și îngrijirii medicale), este dificilă dacă nu aproape imposibilă, stabilirea oricărui contact, a oricărei relații umane (mai ales cu un partener necunoscut). Încurajările sterile, atitudinile de complezență, stereotip-binevoitoare, nu vor face decât să înalțe zidul dintre depresiv și medic. Contactul se stabilește numai cînd medicul dovedește faptic întreaga sa angajare în suferința bolnavului, numai cînd îl convinge cu tact,

înțelegere, răbdare și un infinit devotament, că-l poate ajuta. Capacitînd încrederea bolnavului, psihiatruul va dobîndi și colaborarea acestuia la tratamentul chimio- și psihoterapeutic. Trebuie avut de asemenea în vedere faptul că, oricît de bun ar părea la un moment dat contactul medic-pacient și oricît de mare ar fi satisfacția succesului „terapeutic”, există „cozi ale depresiei”, afecțiune grevată de riscul suicidar, ceea ce reclamă o mare prudență și mult discernămint, pentru a nu încheia prea devreme supravegherea clinică și contactul cu bolnavul prin stereotipele finaluri de foaie de observație : „vindecăt”, „ameliorat”.

Aparent, contactul cu maniacul este ușor, de stabilit și este numai o aparență, deoarece pentru maniac orice interrelație umană este un joc, tendința lui fiind de a atrage totuși în activitatea sa ludică. De aceea, contactul medic-bolnav maniacal, cu cît pare a fi mai ușor de realizat, cu atît poate fi mai lipsit de substanță. Tactul și atitudinea fermă (neînsoțită însă de o prea mare austeritate) vor stabili raportul medic-pacient pe coordonatele autorității medicului față de acest tip de bolnav psihic, autoritate necesară pentru a obține colaborarea acestuia la conduita terapeutică.

O situație particulară și deloc ușoară apare în cazul contactului medic-bolnav delirant paranoid. Contrazicerea brutală, chiar dacă este logică, nu numai că va compromite întreaga desfășurare a contactului dintre psihiatru și pacientul său, ci va conduce chiar la înglobarea psihiatruului în cercul „dușmanilor”, „urmăritorilor”. Cealaltă extremă, pactizarea cu convingerile bolnavului (de multe ori pentru a nu-i provoca acestuia o stare de agitație) riscă în unele cazuri să conducă la un fel de „folie à deux”. Între aceste două extreme se situează atitudinea fermă, dar amabilă, înțelegerea delirului ca o suferință (chiar dacă este expansiv) și „angajarea” alături de pacient în lupta împotriva acestei suferințe. Această înseamnă a-l convinge pe bolnav că a înțelege ceva nu este identic cu a accepta acest ceva. Contactul se va stabili atunci cînd pacientul va fi convins că este înțeles (chiar dacă nu sînt acceptate convingerile sale).

Contactul medic-pacient capătă o coloratură aparte, plină de fine nuanțări, atunci cînd partenerul său în această relație interumană este adolescentul. Oferirea șabloanelor parentale ca soluție nu va duce decît la declanșarea unei adversități din partea adolescentului și acesta trebuie să găsească în psihiatru un confident căruia să i se poată adresa și care-l tratează ca pe un adult.

Contactul pe care medicul îl stabilește cu pacientul său face parte din însuși demersul terapeutic și în psihiatrie bolnavul are nevoie de încredere în medic mai mult decât în medicație, pentru că el, marele izolat, numai în acest cadru poate stabili și poate reinvăța să stabilească contactul interuman. Acest contact va constitui pentru bolnavul psihic punctul inițial al unei reintegrări în rindul lumii, punct la care oricând el se poate întoarce, astfel încât în psihiatrie contactul medic-pacient este practic nelimitat în timp spre deosebire de alte situații în care rezolvarea problemei strict medicale reprezintă limita intervenției medicului.

603. CONTACT VITAL ● Termen introdus de MINKOWSKI, care-l definește drept „sincronismul între elanul personal și ambianță”. Alterarea contactului vital este întâlnită în psihoze, îndeosebi în schizofrenie, unde reprezintă, în opinia autorului, tulburarea esențială.

604. CONTAGIUNE MINTALĂ (cf. lat. *contagio* „contact, contagiune”) — sin. INFECȚIE PSIHICĂ ● Transmiterea simptomelor psihice de la un individ la altul, limitându-se la reproducerea de către indivizi cu personalitate slabă a unor comportamente care i-au impresionat. Se descriu forme epidemice, cind contaminarea se face în masă: în rindul soldaților demoralizați, printre membrii diverselor secte, în rindul bolnavilor (de obicei este vorba de manifestări isterice sau de idei delirante mistice).

LASÈGUE și FALRÈT au descris primii delirul „a deux” (delirul indus), în care delirantul inductor, de obicei paranoic, face ca delirantul indus, de obicei legat afectiv de inductor și cu un oarecare grad de insuficiență cognitivă, marcat deci printr-o sugestibilitate crescută, să adopte ideile delirante ale primului. Această formă de contaminare este reversibilă, ea încetînd în clipa separării celor doi, și în genere nu este înfrînită decât în cazul debilității mintale, a intelectului liminal și a dizarmonicilor de tip isteric.

Trebuie subliniat că prin contagiune mintală nu se înțelege îmbolnăvirea unui subiect sănătos mintal în urma contactului cu un bolnav psihic, opinie încă acreditată cu o supărătoare superficialitate referitor la personalul ce lucrează în domeniul psihiatriei. Absurditatea acestei opinii este evidențiată și de numărul redus al bolnavilor psihici care se internează precum și de durata limitată a internărilor și bolnavii psihici trăiesc în majoritatea timpului în afara spitalului, printre noi toți, fără a prezenta vreun risc de contaminare.

605. CONTAMEX⁽³⁴⁾ R.F.G. — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12-b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-1,3,6-oxazin/3,2-d/1,4/ benzodiazepin-4,7(6H)-dionă, cu acțiune puternic anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină, copiilor și vîrstnicilor.

606. CONTEMPLATIVISM (cf. lat. *contemplatio* „observare, examinare”) ● Orientare gnoseologică specifică materialismului premarxist, care atribuie individului un rol pasiv în procesul cunoașterii, înțeală îngust, numai ca receptare perceptivă a obiectului. Limitele contemplativismului materialist-metafizic, criticat de către MARX în „Teza despre FEUERBACH” și în „Ideologia germană”, se evidențiază și sub aspect antropologic: omul nu este definit ca subiect al praxisului socialist, ca ființă activă ce modifică în mod efectiv prin activitatea sa atît realul, cît și propria esență, ci numai ca spectator pentru care lumea nu este altceva decît obiect de contemplație. Ignorînd obiectivitățile prin care omul își edifică în practică materialitatea socio-culturală a ființei sale și reducînd esența umană la aptitudinea spiritului de a contempla teoretic universul, materialismul metafizic și-a istovit elanurile generoase de emancipare a umanității prin eliberarea conștiinței de false reprezentări și prin răspîndirea ideilor progresiste, eludînd importanța activității practice de schimbare a existenței sociale.

● Doctrină etică pentru care contemplația, detașarea reflexivă față de capcanele, zădărnici și dezarmările vieții active, angajate, reprezintă idealul moral, suprema virtute și unicul mod de viață ce promite fericirea autentică.

607. CONTEMPLAȚIE (cf. lat. *contemplatio*) ● Concentrare spirituală de mare intensitate în examinarea unui obiect realizată empiric sau ideal. În actul de contemplație individualitatea subiectului se estompează, Eul fiind cucerit și ocupat de prezența tot mai vie a entității contemplate. Marile doctrine etice ale antichității au situat contemplația printre cele mai înalte virtuți morale, privînd-o ca atribut definitoriu al înțeleptului ce caută adevărata fericire în seninătatea meditației, stăpînîndu-și patimile și ocolînd primejdiile angajării în acțiune. Doctrinile mistice acordă contemplației un rang și mai înalt, socotînd că — împinsă pînă la beatitudine — aceasta poate oferi individului revelații al căror conținut eidetic transcende orizontul cunoașterii. discursive. Nicăieri însă rolul contemplației nu este atît de reliefat ca în gîndirea indiană animată

de credința în virtuțile purificatoare ale reflexiei, prin care Eui se confundă în identitatea transsubiectivă a forțelor cosmice primordiale. În budism (doctrină care a influențat o serie de gânditori europeni de seamă), contemplația primește o funcție eschatologică și asociată cu practicile psihosomatice yoga, retragerea contemplativă din fața vieții tulburate de apetențe și iluzii este considerată un remediu al suferinței și drept singura cale de mintuire — ieșirea sufletului nemuritor din lanțul reîncarnărilor și confundarea lui în abisul extatic al infinitului impersonal și inconștient, nirvana.

608. **CONTENTIE** — mijloace (cf. lat. *contentio* „incordare, sfortare”) ● Modalități folosite de psihiatria clasică pentru stăpânirea bolnavilor psihici agitați, printre care cele mai frecvente erau: cămașa de forță, centura de forță, brasiera și ia acestea, MAGNAN a asociat ulterior clinoterapia, hidroterapia, izolarea. În prezent astfel de mijloace au dispărut din practica terapiei psihiatrice, datorită apariției medicamentelor psihotrope care au înlocuit metodele fizice dure („cămașa de forță” cedind locului unei „veste chimice”).

609. **CONTINGENȚĂ** (cf. lat. *contingere* „a se întâmpla”) ● Categorie ce desemnează fenomenele a căror existență nu este necesară, întrucât decurg din intersectarea întâmplătoare a unor lanțuri cauzale independente. În anumite contexte, contingența capătă o dimensiune depreciativă, desemnând un registru inferior al existenței, perisabil și întrutotul supus hazardului.

610. **CONTROL**^(M) Japonia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiuni anxiolitice, anticonvulsivă și miorelaxantă și nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

611. **CONTOMIN**^(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilamino-propil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziei, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

612. **CONTRAAGRESIVITATE** (cf. *contra-* și fr. *agressif* și vezi lat. *aggressio* „atac”) ● Reacție al cărui sistem este agresivitatea. Contra-

agresivitatea este în raport direct cu gradul de agresivitate. Ea trebuie luată în considerare în relația care apare între îngrijit și cel care îl îngrijește, de exemplu în secțiile sau saloanele de bolnavi agitați.

613. **CONTRACONDIȚIONARE** (cf. *contra-* și lat. *condicio* „condiție”) — sin. **INHIBIȚIE RECIPROCĂ** ● Procedeu prin care răspunsul la un stimul este înlocuit sau diminuat, dacă acel stimul se asociază cu un altul având o semnificație opusă. Termenul de contracondiționare este folosit în două moduri:

- asocierea a doi stimulii, S_1 și S_2 , cu semnificații opuse, duce la înlăturarea reflexului mai slab;
- asocierea celor doi stimuli determină diminuarea sau stingerea reflexului mai slab, dar acest lucru nu este efectul numai a acestei asocieri, ci și al intervenției altor factori, ca obișnuirea, acumularea, inhibiția etc.

Cele două moduri de utilizare pot fi mai bine înțelese dacă ne referim la nivelul de atractivitate a stimulului: într-un caz avem de-a face cu o descreștere a atractivității față de S_1 prin asocierea acestuia cu S_2 , iar în celălalt caz — cu o creștere a atractivității față de S_1 prin asociere cu S_2 . Contracondiționarea a fost utilizată terapeutic pentru prima oară de M. GEONES (1914), în tratamentul unei fobii față de șoareci la un copil de 3 ani. Șoarecele (S_1) provoacă copilului o puternică reacție de teamă. Pentru a stinge acest răspuns, GEONES a expus copilului un șoarece aflat într-o cușcă la o distanță mare. În timpul expunerii, copilul (S_2) a fost hrănit cu una din mâncărurile care-i plăceau foarte mult. Hrana a determinat apariția unei reacții de plăcere, incompatibilă cu teama provocată de șoarece. Cușca a fost adusă din ce în ce mai aproape, pînă cînd copilul a ajuns să atingă șoarecele cu mîna, fără să mai apară răspunsul de teamă. Contracondiționarea a început să fie larg utilizată terapeutic, mai ales în nevroze, odată cu apariția lucrărilor lui WOLPE (1958). Acesta considera nevroza ca o reacție sau un șir de reacții neadaptative, rezultate în urma unui proces de condiționare (învățare), care a avut loc în viața individului într-un trecut mai mult sau mai puțin îndepărtat, cînd acesta a fost expus unei situații generatoare de emoții negative (anxietate, depresie etc.). Tratamentul constă în crearea unei stări emoționale incompatibile cu emoția negativă care, activată în mod repetat, duce la inhibarea acesteia din urmă. Contracondi-

ționarea este frecvent utilizată în tratamentul fobiilor, a unor disfuncții sexuale, a obsesiilor etc.

614. CONTRACTURĂ (cf. lat. *contractus* „strîns, strîmt”) ● Con tracția persistentă, involuntară, a unui mușchi sau grup muscular, însoțită de o rigiditate musculară. Se produce sub influența unui influx nervos sau a unor excitații directe (agenți fizici sau chimici), putînd fi antalgică, miogenică, neurologică, ischemică, funcțională. Este descrisă în infecția tetanică, tetanie, intoxicații (de exemplu, cu stricină), isterie, afecțiuni ale sistemului nervos central (de exemplu, în parkinsonism), ca efect secundar al terapiei cu neuroleptice etc. În isterie, contractura apare în cadrul manifestărilor paroxistice din mica criză isterică, sub forma crizei tetaniforme, cit și în manifestările de durată (contracturi și spasme cărora nu li se poate evidenția caracterul de organicitate, dar este prezentă atitudinea demonstrativă). În crizele de tetanie, precedate de amorteli și crampe ale extremităților, se instalează contractura maseterilor și spasmul carpopedal, care cedează la administrarea de calciu. În boala Parkinson și în parkinsonism, contractura este de tip extrapiramidal, plastică, predominant la musculatura rădăcinii membrelor și mușchilor cu rol în statică și atitudinea generală este în flexie, iar mușchii sînt rigizi la mobilizarea pasivă (în „țeavă de plumb” sau „roată dințată”). Activitatea motorie voluntară este diminuată. Contractura din sindromul piramidal afectează numai anumite grupe musculare și este maximă la începutul mișcărilor pasive, diminuînd progresiv cu repetarea mișcării (în „lamă de briceag”). În catatonie rigiditatea se poate menține mult timp și are aspectul flexibilității ceroase, constînd în rezistența de tip plastic a maselor musculare la mobilizarea pasivă. Terapia cu neuroleptice cuprinde între efectele sale secundare și sindromul în care este prezentă contractura: sindromul diskinetico-hiperton, sindrom akineto-hiperton (sindrom parkinsonian neuroleptic), sindrom hiperkinetic-hiperton.

615. CONTRADICTORII^(B) halucinații (cf. lat. *contradicere* „a contrazice, a se împotrivi”) sin.
→ ANTAGONISTE^(B) halucinații.

616. CONTRADICTORIU^(D) delir (cf. lat. *contradicere*) ● Delir în care bolnavul susține puncte de vedere deosebite și în vădită opoziție cu realitatea, cum ar fi posesia unor averi imense, în timp ce cîștigul zilei îi este

limitat la cîteva unități monetare. Bolnavul nu sesizează de loc contradicția din afirmațiile sale. Este tipic în paralizia progresivă, în care delirurile au drept marcă comună „absurditatea, mobilitatea, contradicția și incoerența” (FALRET). Poate fi întîlnit și în alte demențe și uneori în stări maniacale.

617. CONTRADICȚIE (cf. lat. *contradictio* „contrazicere, obiecție”) ● Sub aspect filozofic, termenul definește coexistența necesară în lăuntruțl aceluiași obiect sau proces a unor laturi opuse (aspecte, proprietăți, determinații), care tind să se anuleze reciproc, deși nu pot ființa decit împreună, una prin cealaltă, într-o încheștare ce dă consistență și dinamism interior lucrurilor. În gîndirea metafizică contradicția era considerată drept o carență ontică, aparentă, a intelectului mărginit, cu neputința de a sălășlui în miezul realului. În viziunea dialectică contradicția este privită, dimpotrivă, ca proprietate universală a existenței și forță motrice internă a devenirii. Dezbinarea dintr-un început a unicului în forțe opuse, care se presupun tocmai în măsura în care se exclud reciproc, este proprie oricărei ființe cu tensiune lăuntrică, făcînd-o să-și păstreze coerența și „pulsatia” prin „împăcarea” forțelor opuse, și nu prin „triumful” uneia dintre ele asupra celeilalte; contradicția se rezolvă prin dispariția ambelor forțe, odată cu lucrul în care ființează și care trece într-o nouă formă de existență, cu proprietăți și contradicții diferite.

În logică, prin contradicție se înțelege raportul de opoziție dintre două propoziții, dintre care una este negația explicită a celeilalte, astfel încît, dacă una dintre propoziții este adevărată, cealaltă este cu necesitate falsă și invers.

618. CONTRADICȚIE FORMALĂ ● Raportul care se stabilește între două noțiuni sau judecăți, dintre care una este negația explicită sau implicită a celeilalte. De exemplu, „X este om”, „X nu este om”. Contradicțiile formale pot fi de mai multe feluri, în funcție de complexitatea lor: contradicții simple și contradicții provenite din nedefinirea suficient de corectă a noțiunilor corective; autocontradicții (de exemplu, „oamenii nu sînt ființe raționale”) și antinomii și paradoxuri. Gîndirea schizofrenică admite toate tipurile menționate de contradicții, inclusiv autocontradicțiile, care contribuie la nota bizară a gîndirii bolnavului. În mod normal, frecvența contradicțiilor formale este invers proporțională cu nivelul de inteligență al subiectului și cu gradul de

școlarizare. Subiecții cu întârzieri mintale admit și ei contradicțiile formale, pe care nici nu le sesizează.

619. CONTRAEXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ (fr. *contre-expertise*) ^{sin.} → **NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ.**

620. CONTRAFOBIC (cf. *contra-* și gr. *phobos* „frică”) ● Conduită de adaptare la simptom, constând în utilizarea de către bolnavul fobic a unor obiecte, persoane, situații, în scopul diminuării angoasei, atunci când situația fobogenă nu poate fi evitată. Analiza conduitei contrafobice duce la concluzia că ea reprezintă fie realizarea indirectă a dorinței refulate, fie un intens beneficiu secundar al maladiei. După O. FENICHER, consecutiv mecanismului de deplasare și proiecție care stă la baza apariției fobiei, are loc regresia la o perioadă în care protecția împotriva angoasei vine de la anturaj. În acest caz, căutarea unui obiect contrafobic apare fobicului ca o soluție. Dacă obiectul contrafobic este o persoană, faptul că acea persoană devine de neînlocuit și este constrânsă la un anumit comportament poate fi interpretat ca o realizare indirectă a tendințelor agresive vizând această persoană (tatăl sau mama în fobiile copilului și un soț absent generator de frustrare și pus în situația de a-și însoți mereu soția cu agorafobie etc.).

Persoana cu comportament contrafobic caută situații periculoase (reale sau imaginare) la care aderă. Printre alpinști, parașutiști, speologi pot exista persoane cu acest tip de comportament. Jocul copiilor conține elemente contrafobice iar modelele comportamentale implică, după J. C. NEMIAH (1985), un mecanism de relaționare prin care se face identificarea cu agresorul.

621. CONTRAINDICAȚIE (fr. *contre-indication* ; cf. lat. *contra* și *indicatio* „indicare”) ● Situație (nedorită) în care aplicarea unei anumite terapii (medicamentoase, fizice, chirurgicale, psihoterapice etc.) aduce prejudicii bolnavului. Această condiție apare în mod aleatoriu, la interferența dintre starea patologică a pacientului și necesitatea administrării unui anumit tratament, în vederea ameliorării sau vindecării acesteia. Aspect sesizat în practica medicinei încă din antichitate, contraindicațiile remediilor administrate bolnavilor în acele timpuri au fost sintetizate în principiul hipocratic „*primum non nocere*”. De atunci și pînă în zilele noastre dictonul a rămas la fel de valabil, mai ales în condițiile îmbogățirii și diversificării

fără precedent a mijloacelor terapeutice, în special pe calea sintezelor chimice.

Incontestabilele mutații produse în terapia psihiatrică în ultimele cinci decenii au adus, pe lângă imensele avantaje pentru bolnavul psihic (în tot ceea ce include el ca unitate bio-psihosocială) și o nouă problemă în privința eventualelor prejudicii, solicitînd opțiunii pe care medicul psihiatru o face un înalt grad de responsabilitate, dublată de curaj și luciditate profesională.

Contraindicația terapeutică în psihiatrie poate fi luată în considerație la nivelul unui tip general de terapie (chimioterapie, electroterapie, insulinoterapie, psihoterapie), la nivelul unor grupe medicamentoase psihotrope (sedative, neuroleptice, antidepresive etc.) sau la nivelul unor tehnici de psihoterapie (psihanaliza, psihoterapiile scurte, hipnoza etc.). Stabilirea unor contraindicații, absolute sau relative, constituie un moment de greu răsunset în expectativa reușitei terapeutice finale, în care rolul medicului psihiatru este decisiv, bolnavul trebuind să beneficieze de o „protecție” desăvîrșită, ale cărei eventuale fisuri pot greva sau chiar împiedica cursivitatea actului terapeutic.

Nivelul înalt de accesibilitate a populației la informația medicală reprezintă un câștig psihologic important, dar poate fi uneori și o frînă în acceptarea unui anumit gen de terapie. Prospectele însoțitoare ale produselor medicamentoase, agendele medicale (care uneori, uitînd că se adresează și publicului larg, nu numai specialiștilor, abundă în enumerări la punctul contraindicații), afirmații insuficient argumentate sau ambigue ale personalului medical (avînd o puternică încălcătură iatrogenă, la care bolnavul psihic este un receptor ideal), insuficienta atenție pe care medicul curant o acordă explicării posibilităților contraindicații ale unui medicament (contraindicațiile absolute sînt, totuși, destul de rare), toate acestea sînt circumstanțe care, în mîna dibace a psihiatrului, pot fi transformate din nefavorabile în favorabile, slujind scopul vindecării bolnavului. În ceea ce privește contraindicațiile terapiilor biologice specifice (chimioterapia), deși restrînse, ele sînt reprezentate îndeosebi de insuficiențe organice (hepatice, renale, respiratorii, circulatorii, adenom de prostată, alcoolism acut); sedativele și majoritatea neurolepticelor sînt contraindicate în boli infecțioase febrile și în febră ca atare, în tratamentul simultan cu anticoagulante sau anti-diabetice, la vîrsta înaintată

- Pentru *grupa neurolepticelor* se menționează drept contraindicații absolute : glaucomul cu unghi închis, adenomul de prostată, intoxicațiile acute (alcool, barbiturice) și starea de graviditate (mai ales primul trimestru) †
- *Tranchilizantele* nu sînt indicate în miastenie, insuficiențe respiratorii grave, glaucom (contraindicație absolută) și la subiecții cu antecedente de intoleranță, afectare hepato-renală și cardiovasculară gravă, la vîrstele extreme, în tendințele toxicofilice și la profesiile care necesită coordonarea permanentă psihomotorie (șoferi, dispeceri), în tratamentul ambulator (contraindicație relativă) †
- *Grupa antidepresivelor triciclice* este în mod absolut contraindicată în cazul glaucomului cu unghi închis și al retenției de urină, iar pentru terapia cu IMAO se exclude bolnavii cu fragilitate vasculară cerebrală sau cei cărora trebuie să li se administreze anestezie generală. Situații ca : tulburări de ritm cardiac, hipertrofia de prostată, antecedente de glaucom, tulburări arteriosclerotice cerebrale, subiecți în vîrstă, insuficiență hepatică sau renală, epilepsie, alcoolism — impun luarea unor măsuri de precauție din partea medicului psihiatru.
- *Sărurile de litiu (timo-izoleptice)* sînt contraindicate în psihoza maniaco-depresivă forma bipolară care beneficiază de tratament continuu cu alte antidepresive, psihoza maniaco-depresivă cu durată mică între accese, epilepsie, afecțiuni renale acute și cronice, afecțiuni cardiace grave, afecțiuni cu tulburări ale repartiției sodiului, insuficiența hepatică cronică sau acută, hipertiroidie (relativ), sarcină (fără a exista dovezi precise).
- *Electroterapia* are și ea contraindicații absolute : sindrom de hipertensiune intracraniană, tumori cerebrale, aneurism cerebral sau aortic, insuficiență coronariană severă, flebite recente, tratament concomitent cu anticoagulante, situații care contraindică anestezia (în cazul electroșocului protejat) și — relative : hiper- și hipotensiunea arterială, alte afecțiuni cardiace, stare de deshidratare severă, hepatită în antecedente, fragilități osoase, leziuni musculare, stări febrile, TBC evolutiv, pneumotorax, pneumectomie, astm bronșic, hemiplegii de origine vasculară, paralizia generală, encefalite.

Unele din situațiile menționate mai sus precum și sarcina, vîrstele extreme (copii

și bătrini), au încetat să mai reprezinte o contraindicație absolută la introducerea tehnicii de electroterapie protejată prin anestezie (→ ELECTROTHERAPIE).

Evaluarea globală și critică, optimismul prudent și decizia promptă din partea medicului în alegerea „celui mai bun” tratament pentru bolnavul său, ca și cunoașterea metodelor de combatere a eventualelor efecte nedorite, generate de nerecunoașterea la timp a unor contraindicații, reprezintă „arme” de care trebuie să dispună orice psihiatru.

622. CONTRAINVESTIȚIE (cf. *contra-* † germ. *Investizion*) — sin. ANTICATHEXIS

● Termen desemnînd aspectul economic al noțiunii dinamice de apărare a Eului, suportul energetic al mecanismelor de apărare. A fost analizat mai întîi în teoria economică a refuzării (FREUD). Energia liberă, sustrasă reprezentărilor refulate (dezinvestire), este utilizată pentru a menține refularea prin contrainvestirea ei în reprezentări, atitudini, conduite, care pot fi rejectoare ale reprezentării refulate (în fobii) sau elemente direct opuse pulsionii sau reprezentării refulate (formațiuni reacționale). Intervine ca suport energetic și proces economic în mecanismul atenției ca și în situații traumatice, în care contribuie la crearea unei bariere menite să limiteze afluxul de excitații externe.

623. CONTRALIN^(M) R.D.G. — DCI *Disulfiram* ^{sin.} → ANTALCOL^(M) România

624. CONTRARIISM (cf. lat. *contrarius* „contra, opus”) — sin. NEGATIVISM ACTIV † OPOZIȚIONISM ● Atitudine de opoziție a subiectului exprimată prin performarea unor gesturi sau acțiuni opuse celor comandate. Ca formă benignă de protest este întîlnită în comportamentul copiilor. În psihopatologie apare în circumstanțe variate. Clasic este descris ca fiind o componentă a sindromului catatonie din schizofrenie, dar poate apare și la maniacali, ca o manifestare ludică, la simulanți, la debili mintali.

625. CONTRAST — senzorial (it. *contrast* † fr. *contraste*) ● Creștere a sensibilității în activitatea analizatorilor, ca efect al interacțiunii unor stimuli diferiți, chiar opuși, care acționează simultan sau succesiv asupra aceleiași analizator, stimulii cu intensități sau calități contrastante, devenind univoc sau biunivoc relevanți După ATTNEAVE, GIBSON, FRASSSE, în discriminarea senzorială intervin mecanisme de accentuare care își găsesc ex-

preșia în legea contrastului. Neurofiziologic (KRAVĀKOV, ZOTOV și ANDREEV), fenomenul de contrast se datorează raporturilor reciproc-inductive dintre excitație și inhibiție (inhibiția generată de inducție negativă cauzând deplasarea nuanței contrastante în direcția polului inferior al spectrului — pentru contrastul cromatic), care au loc pe baza interacțiunii dintre centrii corticali și receptorii periferici. Contrastul se poate realiza simultan, în ordinea relevanței univoc (fond și obiect) sau biunivoc (sunete înalte și sunete joase), și succesiv, conștind din creșterea acuității senzoriale față de stimulul prezentat la scurt interval după acțiunea îndelungată a unui alt stimul de aceeași modalitate, dar diferit calitativ (apare pregnant în termo-recepție și în vederea cromatică). Contrastul cromatic este cu atât mai intens, cu cât zona inductoare este mai întinsă, iar zona contrastantă mai mică (KIRSCHMANN, 1927). Contrastul maxim este egal cu 1 (ca raport între reflectarea nulă și totală).

GH. ZAPAN și M. GOLU (1966) au stabilit accentuarea contrastelor cromatice în condițiile în care cele două culori puse în contact nu sînt riguros delimitate în suprafețe cu configurație geometrică, ci se întrepătrund labirintic, stelar precum și superioritatea contrastelor figurilor în mișcare, față de cele statice. În psihologia muncii, fenomenele de contrast sînt larg utilizate pentru optimizarea proceselor de producție; psihoergonomul FAVERGE recomandă rețurgerea la contraste puternice atît în iluminarea incintelor secțiilor, cit și în construirea aparatului tehnic, întrucît monotonia conduce la diminuarea acuității vizuale. Contrastul cromatic cel mai preferabil ar fi, în ordine descrescătoare (după PRESTON și SCHWINKER) : negru pe galben, verde pe alb, negru pe alb și verde pe roșu.

626. CONTRATIPAL MONGOLISM^(S) *sindrom* (fr. *contretype*) — sin. ANTIMONGOLISM^(S) — sindrom ● Termeni care, la recomandarea OMS, nu se mai utilizează → NOMOZOMIA 21.

627. CONTRATRANSFER (cf. *contra-* și fr. *transfert*) ● Apariția unor reacții ale analistului sau terapeutului pe plan afectiv, în raportul pe care îl stabilește cu pacientul său în timpul terapiei, ca o relație inversă a celei de transfer. Subliniind faptul că analistul nu poate merge mai departe în analiză decît îi permit propriile rezistențe și complexe, FREUD a intuit interrelația transfer-contratransfer, care apare în cursul curei, implicînd contradicții care nu vor

permite analiza eficientă a unui subiect dacă nu vor fi rezolvate. Rezultă implicit necesitatea supunerii la o analiză (psihanaliză) personală a celui care intenționează să practice psihanaliza.

PONTALIS și LAPLANCHE consideră contratransferul sub două aspecte mai importante:

- Din punct de vedere psihanalitic, se apreciază drept contratransfer tot ceea ce intervine în cură și ține de personalitatea analistului. Restringerea sensului (delimitarea mai precisă a termenului) revine la faptul că în contratransfer intervin doar procesele inconștiente pe care le provoacă la psihanalist transferul analizatului; contratransferul ar fi deci reacția inconștientă a psihanalistului la transferul pacientului;
- Din punct de vedere tehnic, contratransferul implică:
 - reducerea, pe cît posibil, a manifestărilor contratransferențiale, astfel încît situația analitică să se structureze esențial după transferul pacientului;
 - utilizarea manifestărilor de contratransfer în travaliul analitic;
 - utilizarea drept ghid în cadrul interpretării analitice a reacțiilor de contratransfer, care pot fi trăite, respectiv a rezonanței dintre inconștientul psihanalistului și inconștientul analizatului.

Prin inconștientul său, psihanalistul intră în contact cu inconștientul pacientului; el este astfel expus în cîmpul analitic unor reacții subiective, proprii, pe care trebuie să le cunoască și să le stăpînească; de aici, necesitatea unei analize didactice pentru specialistul care intenționează să practice psihanaliza în scop terapeutic. Unii autori afirmă că existența relațiilor de transfer și contratransfer nu este specifică numai analizei, ci oricărei relații între două persoane și mai ales relației obișnuite medic-pacient (LAGACHE, BALINT, PIÉRON). Această accepțiune multiplă a noțiunii de contratransfer a antrenat și o serie de deosebiri legate de posibilitatea de a folosi practic, în terapie și în desfășurarea tehnică a curei, această relație. Atitudinile principale sînt, pe de o parte, minimalizarea manifestărilor contratransferențiale, pe de altă parte, interpretarea de către analist a propriilor reacții, a dialogului „de la inconștient la inconștient”. Între aceste extreme se clasează atitudinea mai modernă de control a reacțiilor contratransferențiale și folosirea „propriului inconștient ca instrument de interpretare”. (FREUD):

628. **CONTROL^(M)** Italia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

629. **CONTROL-OM^(M)** Elveția — DCI *Mefenoxalonă* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 5-/(0-metoxifenoxi)metil/-2-oxazolindionă, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare sînt practic nule, prezintă o bună toleranță.

630. **CONTUZIE CEREBRALĂ** (cf. lat. *contusio* „izbire”) ● Efect traumatic cerebral primar, constind din modificarea stării de conștiință în grade variabile, mergînd pînă la comă, alături de apariția unor semne neurologice de focăr în raport cu formațiunile neurologice legate.

Mecanism de producere: modificări vasomotorii directe sau reflexe, la distanță, de tip vasodilatație, vasoplegie, verigi în declanșarea unui întreg lanț fiziopatologic ce are drept rezultat formarea de hematoame (extravazare tisulară a hematiilor și diferiților ioni plasmatici, hipoxie). În funcție de gravitate, se pot distinge:

- contuzie cerebrală minoră: comă 30 min.—1 oră; fără semne neurologice și remisiune totală;
- contuzie cerebrală medie: comă, ore—zile; semne neurologice evidente și remisiune parțială;
- contuzie cerebrală gravă: comă, ore—zile; semne neurologice marcate și agitație și prognostic rezervat.

Termeni ca: „psihoză emoțională” sau „psihoză confuzională”, acreditate de **KARBERLAH** (1903) și **PROMNER** (1910), sau chiar cel de „psihoză prin edem traumatic” (**Von FAUST**, 1960) nu sînt justificați în clinica neuropsihiatrică (fiind de altfel devalorizați), deoarece afecțiunile desemnate prin lei se încadrează în conceptul mai larg de sindrom psihoorganic acut.

631. **CONȚINUT LATENT** (de la a conține; cf. fr. *contenu*) ● Ansamblul semnificațiilor inconștiente ale viselor, conduitelor, ideilor, reprezentărilor, asociațiilor libere, degajate prin travaliu de interpretare. În vis, conținutul latent este anterior conținutului manifest, fiind supus mecanismelor de deplasare, condensare, simbolizare → **VIS**, **LATENT**, **LATENȚĂ**.

632. **CONȚINUT MANIFEST** ● Termen introdus de **FREUD** în 1900 („Interpretarea viselor”), desemnînd expresia elaborată, figu-

rativă, comprehensibilă a visului. Conținutul manifest ar fi efectul mecanismelor de deplasare, condensare, care utilizează rezidurile activității mintale diurne → **VIS**.

633. **CONVALESCENȚA** (cf. lat. *convalescere* „a prinde puteri, a se însănătoși”) ● Perioadă urmînd dispariției (sau difuziunii importante) a semnelor clinice ale unei afecțiuni; în care se face tranziția treptată spre starea anterioară îmbolnăvirii (care poate fi de însănătoșire cu *restitutio ad integrum* sau de ameliorare, *remisia temporară*). În afecțiunile psihice, particularitățile convalescenței sînt determinate atît de felul afecțiunii, cît și de personalitatea individului.

În perioada de convalescență a psihozelor, apariția criticii față de manifestările psihopatologice poate determina instalarea unei depresii (jenă, rușine față de anturaj, desconsiderare față de propria persoană, greutatea readaptării la mediul socio-familial, în care nu va mai putea avea statutul anterior instalării bolii), care nu exclude riscul suicidar. Este perioada în care nu numai chimioterapia, ci mai ales psihoterapia de susținere au un rol de o importanță deosebită în a-l ajuta pe pacient să-și accepte statutul respectiv. În cazul depresiilor psihotice, reactive sau endogene, poate apare o „înșelătoare convalescență”: bolnavul, căruia antidepresivele i-au ridicat inhibiția, poate „mima” starea de bine, de sănătate (acum el are forța necesară să o afirme), în scopul de a-și disimula intențiile suicidare, pe care vrea să-și le pună în aplicare. Convalescența reprezintă o perioadă extrem de fragilă a postcurei de dezintoxicare (indiferent de drog). Ea pune problema nu atît de refăcere fizică, cît mai ales de fortificare și consolidare psihică a nondependenței. Este perioada în care apar frecvent recăderile în toxicomanie, motiv pentru care majoritatea autorilor recomandă ca, după terminarea curei de dezintoxicare și restabilirea fizică, subiectul să mai fie menținut o perioadă de timp sub supraveghere și în mediu izolat, ferit de contactul cu drogul. Nevroticul, care, după cum afirma **ADLER**, se abandonează grijii celorlalți, renunțînd la rezolvarea de unul singur a problemelor, pe care le dorește (și în parte și sînt) rezolvate de cei din jur, trăiește perioada de convalescență cu certă conștiință a ameliorării simptomelor sale (cenestopatii, anxietate, depresie etc.), dar și cu disconfortul psihic resimțit la gîndul că va trebui să-și reia activitatea, să renunțe la „abandonul” responsabilităților. Pentru acest motiv, el va încerca

să-și prelungească cât mai mult acest statut, persistând în acuzele sale (justificarea tendinței la hospitalism). Trebuie menționat de asemenea că în perioada de convalescență a unor afecțiuni somatice, se poate instala secundar o simptomatologie psihică.

634. CONVERGENȚĂ (fr. *convergence*; it. *convergenza*) ● Termen utilizat cu mai multe semnificații, adecvate consensual unor domenii de activitate sau științifice diferite și psihiatria este interesată de semnificațiile cu care termenul este utilizat în următoarele domenii :

- neurofiziologie — unde termenul este utilizat pentru a desemna acea proprietate a centrilor nervoși prin care un neuron aparținând unei rețele neuronale este sub controlul a două sau mai multe aferențe separate. Rețeaua neuronală corelează, însumează și selecționează astfel diferite tipuri de informații, provenind din surse diferite §
- fiziologia analizatorului vizual — unde termenul este folosit pentru a desemna unul dintre factorii care determină vederă spațială, și anume poziția centrală convergentă a celor doi ochi (focalizarea axelor oculare). Datorită acestei poziții un obiect privit spațial creează la nivelul retinării două imagini, pentru ca la nivel cortical cele două imagini obținute să fuzioneze într-una singură, determinând vizualizarea stereoscopică a obiectului §
- psihologia utilizează (POPESCU-NEVEANU) acest termen pentru a defini :
 - modalități multiple de reacție la un singur stimul sau reacția unică produsă de mai mulți stimuli (neobehaviorism) §
 - producția intelectuală unidirecționată, care admite o soluție unică din mai multe alternative, în urma organizării riguroase a procesului de gândire (J. GUILFORD) §
 - fenomenul de similaritate în evoluția unor culturi diferite (P. EHRENREICH), în baza unor condiții de evoluție paralele și sub acțiunea unor factori similari de mediu și psiho-socio-culturali.

635. CONVERSIE (cf. lat. *conversio* „rotire, schimbare, răsturnare”) ● Operație de inversare care se poate aplica diferitelor entități logice : operații logice, relații logice, termeni ai operațiilor sau ai relațiilor și claselor. În sens mai restrâns, conversiunea semnifică o inversare echivalentă ; dacă două entități sînt inverse

una față de cealaltă, se spune că sînt converse, de exemplu, adunarea și scăderea sînt operații converse. Operația de conversiune se poate aplica și la judecăți, conversiunea judecăților fiind utilizată în construirea raționamentelor cu păstrarea calității fiecărei judecăți. Acest tip de conversie poate fi :

- simplu (fără schimbarea cantității) : „unii filologi sînt poligloți” = „unii poligloți sînt filologi” §
- prin accident (cu schimbarea cantității) § „toate mamiferele sînt nevertebrate” = „unele nevertebrate sînt mamifere”.

După cum este lesne de observat, nu orice conversiune dă naștere la raționamente logice adevărate.

- Mecanism patologic de rezolvare a conflictelor psihice, în care pulsuniile s-ar exprima într-o formă simbolică, prin manifestări somatice. Aceste manifestări pot fi foarte variate :
 - pseudoneurologice : motorii (paralizii, contracturi, spasme, tremurături) §
 - senzitive (algii, analgezii, hiper- sau hipostezii) §
 - senzoriale (cecitate, surditate etc.) §
 - tulburări viscerale : digestive (spasme esofagiene, bula isterică, grețuri, vărsături), retenție urinară, vaginism, tulburări circulatorii și vasomotorii (vertij, sincope, hipertermie).

Caracterele simptomelor conversive sînt și absența unui substrat organic, absența angoasei (se descrie „la belle indifférence” a bolnavului față de simptome), semnificația lor simbolică. Anxietatea pe care afectele refulate ar provoca-o, dacă ar accede la instanțele conștientului, își găsește o supapă de expresie pe calea simbolică corporală. Apariția simptomului conversiv, în cazul unui conflict în care boala somatică anulează responsabilitatea subiectului, este unul din mecanismele cele mai simple prin care finalitatea inconștientă a conversiei se evidențiază. Alte mecanisme mai complexe pot fi satisfacerea unei dorințe masochiste prin dorința de autopedepsire, refugiu narcisic oferit unor subiecți de condiția de boală, nevoia de afecțiune și atenție din partea anturajului pe care o satisface cu ajutorul bolii etc. Dacă condiția de bolnav, ca mecanism de apărare a Eului, eruperea angoasei, poate fi admisă ca fiind generată de motivații inconștiente, alegerea simbolică a organului-țintă este mai greu de identificat. Teoria psihanalitică susține că o investigație atentă duce întotdeauna la o interpretare corectă și mulți autori consideră însă că această explicație poate fi uneori hazardată. Cazul medicinei psihosomatice, în care pare evidentă imposibilitatea delimitării rolului

direct al traumelor afective de cel al conflictelor înconștiente, îndreptățește această rezervă.

636. CONVERTAL^(M) Argentina — DCI Oxazolam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazol/3,2-d/1,4/benzodiazepin-6(5H)-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică și anxiolitică, cu o bună toleranță și o singură contraindicație — miastenia.

637. CONVINGERE DELIRANTĂ (cf. lat. *convincere* „a dovedi”) ● Complex ideo-afectiv și volitional desemnind părerea fermă, atitudinea, pe care bolnavul o adoptă referitor la construcția delirantă. Are un suport cognitiv bazat pe raționamente aparent logice (dar al căror punct de plecare este fals), cu o puternică argumentație (uneori bazată pe tulburări de percepție), care declanșează un puternic răspuns afectiv, determinând consolidarea unei motivații care mobilizează și direcționează efortul volitional.

638. CONVINGERI IRAȚIONALE ● Idei ilogice, iraționale, care, conform teoriei și terapiei rațional-emoțive, elaborate și dezvoltate de A. ELLIS, stau la originea majorității tulburărilor psihice sau a trăirilor afective neplăcute. ELLIS (1961) a sistematizat un număr de zece asemenea idei, sarcina principală a terapeutului fiind aceea de a face ca pacientul să-și conștientizeze ideile iraționale, pentru a-l ajuta cu mijloace logice să le combată :

- convingerea irațională că este absolut necesar pentru un adult să fie iubit sau aprobat de orice persoană, pentru orice lucru ar face ;
- convingerea irațională că individul este întotdeauna competent și realizează cu succes orice lucru ;
- convingerea irațională că unii oameni sînt răi, imorali, abominabili și ticăloși și că ei trebuie să fie aspru pedepsiți pentru păcatele și greșelile lor ;
- convingerea irațională că este oribil și catastrofal atunci cînd lucrurile nu se desfășoară așa cum ar dori-o omul ;
- convingerea irațională că fericirea și mulțumirea sînt determinate extern, iar oamenii nu au nici o posibilitate să-și controleze supărările sau să scape de sentimentele negative prin propriile lor puteri ;
- convingerea irațională că, dacă un lucru sau eveniment este periculos, omul trebuie să fie puternic preocupat și tulburat de acel lucru sau eveniment ;

- convingerea irațională că evitarea dificultăților și a responsabilităților din viață este cea mai bună cale de a obține mari satisfacții ;
- convingerea irațională că trecutul este deosebit de important și că ceea ce s-a petrecut în acest trecut va continua să afecteze puternic viața omului, la infinit ;
- convingerea irațională că se va întimpla ceva catastrofal dacă nu sînt găsite imediat soluții pentru realitățile neplăcute ale vieții ;
- convingerea irațională ca maximum de fericire poate fi dobîndită prin inerție, inactivitate sau pasivitate.

Aceste idei pot fi combătute, după recomandările lui ELLIS, în felul următor : iubirea și aprobarea altora este de dorit, dar nu absolut necesară. Critica și evaluările negative ale altora trebuie să servească drept critici de corectare și nu să constituie sursa unor sentimente negative. Este preferabilă încercarea de a realiza anumite lucruri față de dorința imperioasă de a le realiza perfect. De asemenea, este mai bine să încercăm să ne depășim propriile performanțe decît pe cele ale altora. Greșelile proprii și ale altora pot fi acceptate obiectiv, fără aprecieri de natură morală ; putem învăța din ele și putem încerca să le corectăm. Responsabilitatea unui individ pentru acțiunile sale nu trebuie confundată cu blamarea lui pentru aceste acțiuni. Suferința umană nu are un determinism în totalitate extern ; ea poate fi creată, așa cum se întimplă în majoritatea cazurilor, de o gîndire irațională, care trebuie modificată.

639. CONVORBIRE (cf. *con-* ; *vorbi* ; cf. germ. *Unterreden*) ● Procedeu de obținere a informațiilor despre o persoană, într-un scop determinat. În psihopatologie, convorbirea este unul dintre cele mai importante elemente ale examenului psihic. De cele mai multe ori, se desfășoară față în față, medic (examinator) și pacient, ceea ce ușurează observația și stabilirea contactului, determinînd o relație în care pacientul vine cu speranța vindecării sau ameliorării suferinței sale, iar medicul sau psihologul, cu competența și dorința de a-l ajuta. Convorbirea trebuie să aibă un caracter confidențial, să se desfășoare într-o atmosferă liniștită, confortabilă, fără perturbări exterioare, să creeze sentimentul de siguranță. După modul în care se desfășoară, convorbirea poate fi structurată sau liberă. Într-o convorbire structurată, discuția se desfășoară după principii clar determinate și un plan riguros, dinainte stabilit, iar întrebările puse orientează pacientul spre un anumit aspect al suferinței sale, considerat a fi revelator. În convorbirea liberă, simptomato-

logia este relatată spontan, întrebările fiind mai rare și urmărind să stabilească intensitatea și durata simptomelor. Conform altei clasificări, convorbirea poate fi diagnostică sau terapeutică. Deși această distincție este, de cele mai multe ori, formală, în unele împrejurări, scopul imediat poate să fie doar stabilirea unui diagnostic. În funcție de frecvența și natura intervențiilor medicului sau psihologului, convorbirea poate fi activă și pasivă. După motivația sa, pacientul comunică mai mult sau mai puțin liber, referitor la dificultățile sale. În cazul unui pacient motivat, cele mai multe informații pot fi obținute doar prin simpla ascultare (convorbire pasivă). Atunci când însă pacientul nu este suficient de motivat sau este obligat de o altă persoană să-și expună dificultățile, intervențiile examinatorului sînt frecvente și variate (convorbire activă). Desfășurarea convorbirii este influențată de o serie de factori, printre care un rol important revine medicului (psihologului), pacientului și mediului ambiant. Bolnavul cu care se poartă convorbirea prezintă o anumită simptomatologie, are o anumită structură caracterială, un anumit nivel de instrucție și educație, poate necesita o intervenție de urgență. Toate aceste elemente pot determina atât felul în care este abordată convorbirea cât și atitudinea medicului sau a psihologului. Acepția la rîndul lor, aduc în convorbire competența, modul de comportament, receptivitatea și experiența. Ambianța, factor deseori ignorat, poate avea efecte nefavorabile cu implicații în profunzimea relațiilor interpersonale.

640. **CONVULINE^(M)** Australia — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialergică, avînd indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

641. **CONVULSIE** (cf. lat. *convulsio* „contractie, spasm”) ● Contractie musculară, violentă, spasmodică, în absența controlului voluntar. Convulsiile se pot clasifica astfel :

● După sediul :

- locale (contractii la nivelul anumitor grupe musculare) ;
- generalizate (contractii ale întregii musculaturii a corpului) ;

● După aspectul clinic :

- tonice (redoarea musculară este relativ uniformă și persistentă) ;
- clonice (serii scurte și ritmice, în secuse musculare) ;

- tonico-clonice (asociază caracterele primelor două tipuri) ;

● După etiologie (avînd în vedere că epilepsia reprezintă un criteriu major de diferențiere) :

- epileptice → CRIZA EPILEPTICĂ ;
- neepileptice :
 - în isterie — de la banala criză de nervi, pînă la crizele de agitație intensă, imitînd, dar nu în întregime și nu suficient de convingător pentru clinicianul experimentat, epilepsia ;
 - criza tonică posterioară, prin leziuni ale trunchiului cerebral (crize de decerebrare) ;
 - tetania, cu aspect clinic tipic, în sensul localizării la nivelul extremităților și cu păstrarea stării de conștiință ;
 - crize convulsive toxice, în cazurile de bație alcoolică acută, delirium tremens și alcoolism cronic (în care crizele pot deveni epileptice) ;
 - sindromul neuroleptic akineto-hiper-tonic, în care modul de apariție și remiterea sub tratament specific al spasmelor de la nivelul mușchilor feței, gîtului sau orbitelor marchează deosebirea față de epilepsia parțială.

642. **CONVULSIE FEBRILĂ** ● Survine, de obicei, la copiii sub 4—5 ani, în timpul evoluției unei afecțiuni febrile, avînd aspectul clasic al unei crize epileptice grand mal, cu prognostic benign. Această posibilitate se impune a fi luată în considerare, mai ales fiindcă tratamentul este total diferit. Repetarea frecventă a convulsiilor febrile atrage atenția asupra unui fond biologic deficitar.

643. **CONVULSIE INTENȚIONALĂ** ● Tip de contractii tonice, care se manifestă în momentul inițierii unor mișcări bruște. Denumirea a fost introdusă de RULF. După reprezentarea corticală (în zona motorie), mișcările respective se produc în grupul muscular care intervine în executarea comenzii corticale (se pot extinde la întregul hemicorp) și au drept cauză insuficiența pregătire neuromusculară (la urgență cu care este solicitată acțiunea).

644. **COOLSPAN^(M)** Japonia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip, N-[(1-etil-2-pirrolidinil)metil]-5-sulfamoioloanisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicațiile N.L. incisive (endogenii) și, în același timp, utili

În combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

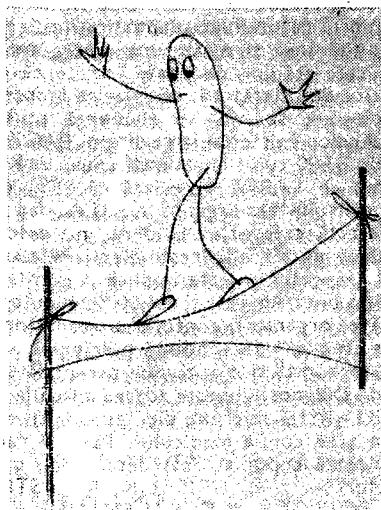
645. **COOPERARE** (cf. lat. *tz. cooperari* „a colabora”) ● Comportament cooperant, formă a interacțiunii psihosociale a două sau mai multe persoane (grup), în vederea atingerii unui obiectiv comun, interesul precum și recompensele fiind egale. Conduita de cooperare se asociază cu cea competitivă în funcție de situație predominînd una sau alta, cea dintîi fiind esențială pentru atingerea obiectivului comun propus inițial. În afară de aspectul pragmatic, de realizare a obiectivului propus, cooperarea are ca rezultat fenomene psihosociale pozitive: creșterea indicelui de adaptabilitate socială a membrilor grupului, spiritul de evoluție, satisfacția rezultatelor comune (individuii mai greu sau chiar imposibil de realizat). După NEWTON DEUTSCH (1949), comportamentul cooperant se definește în funcție de scop, obiectivul urmărit de fiecare participant putînd fi realizat numai dacă și celelalte persoane cu care acesta colaborează își realizează propriile obiective. Margaret MEAD (1937) afirmă că spiritul și comportamentul cooperant sînt redăte de valoarea Eului și de securitatea personală, care variază de la o cultură la alta.

Concepte înrudite: CONGRUENȚA, CONSENS, CONSONANȚA.

- **Congruența** — concordanța comportamentelor individuale cu norme, criteriile și finalitate supraordonate de grup — comportamente elaborate istoric: tradiții, obiceiuri, mentalitate, cu variații zonale sau grupate.
- **Consens** — identitate de atitudini, opinii, comportamente, a membrilor grupului față de anumite obiecte, probleme, valori care derivă din nevoia membrilor grupului de a respecta normele existente.
- **Consonanța** — echilibrul cognitiv, determinat de gradul de congruență a elementelor cognitive înrudite, fiind generat de tendința de organizare a conținutului cunoașterii de la nivelul senzorial, intuitiv, către nivelul logic, abstract.

646. **COORDONARE MOTORIE** (fr. *coordonner*) ● Proces la nivelul centrilor nervoși, capabil să asigure secvențierea și armonizarea mișcărilor, prin comenzi care ajung la organele efectorie (mușchi, tendoane). Practic, poate acțiunile necesare omului în viața sa de

zi cu zi, ca și activitatea sa productivă, presupun o bună coordonare motorie și integritatea sistemului nervos, a tuturor funcțiilor sale (sistemul senzorial, sistemul reglator — cerebelul, mai ales, sistemul efector). Deși în



mare parte este condiționată reflex, coordonarea motorie are o componentă care se dobîndește prin învățare și care, prin repetare continuă, capătă un caracter automat. Bolile în care se perturbă funcția de coordonare a mișcărilor-voluntare (ca și cea a echilibrului, de altfel) apar ca urmare a leziunilor sistemului nervos central, realizînd sindromul apraxic, ataxic sau de discoordonare. Există teste psihologice special destinate acestor funcții de integrare nervoasă, care servesc cunoașterii aptitudinilor pentru anumite meserii sau obiectivării unor eventuale disfuncții.

647. **COP**^(M) Olanda — DCI *Clordiazepoxidă* ● Tranchilizant, derivat bezodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îi produce sub numele de NAPOTON^(M).

648. **COPIL MALTRATAT**^(S) *sindrom* — sin. → SILVERMAN^(S) *sindrom*; TARDIEU-SILVERMAN^(S) *sindrom* ● Atestat de numeroși autori, poartă numele lui Ambroise TARDIEU care, în urmă cu un secol, a elaborat un studiu medico-legal cu referire la copiii maltratați, și al lui F. SILVERMAN care, în

anul 1953, a conferit acestui complex de fenomene clinice-etilogice particulare o fundamentare științifică. În ultimele două decenii, asistăm la o avalanșă de lucrări pe tema copiilor brutalizați (C. KEMPE, B. STEELE, W. DROGMÜLLER, H. SILVER etc.). Depistarea sindromului, prin natura lui cu semnificații suigeneris, reprezintă încă și astăzi una dintre cele mai complicate acțiuni. Se poate admite că datele statistice din literatură, cu referire la frecvența sindromului, se află cu siguranță mult sub nivelul celor existente în realitate. BACKER dă cifra de 8 000 copii brutalizați anual în R.F.G., în timp ce LARRY apreciază că 15% dintre copiii consultați ca urgențe în S.U.A., fac parte din această categorie. Evident, nu orice pedeapsă corporală întrunește elementele sindromului respectiv. Acesta implică prezența obligatorie a unor serioase și variate leziuni (osoase, cutanate, organice), conturarea reacțiilor unui așa-zis „model” de conduită patologică a copilului „torturat” și o atitudine parentală semnificativă. Diagnosticul este adesea dificil la copil, datorită vârstei mici sau din cauza fricii resimțite în a se confia medicului. Părinții care își brutalizează copiii au fost descriși de o serie de autori — J. R. GRISALIN, B. J. STEELE, C. B. POLLOCK, I. C. KAUFMANN — drept „imaturi”, „impulsivi”, „dependenți”, „sado-masochiști”, „egocentriți”, „narcisiaci”, „exigenți”. AJURIAQUERRA relevă, la rîndul său, capacitatea aberantă a acestor părinți de a înțelege copilul, brutalitatea lor fiind însoțită de culpabilitate. Trecerea la act. depinde de circumstanțe diverse: la copilul mic poate fi vorba de plîns, țipete etc. și la copilul mai mare, instabilitate sau orice element considerat a fi o atitudine de opoziție. Copilul maltratut poate reacționa într-o manieră pasivă sau agresivă. Dacă separarea este utilă și adesea absolut necesară, problemele de bază nu sînt nici pe departe rezolvate. Psihoterapia părinților, dirijată mai ales spre ameliorarea atitudinilor față de copil, dă în unele cazuri rezultate incurajatoare.

649. **COPLEXENS^(M)** S.U.A. — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepressiv și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențează însă reflexele conducătorilor auto. Indicații în psihogenii, reacții și în tratamentul de întretinere al tusei generat și util în bolile psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

650. **COPORMIN^(M)** Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziei, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN^(M)**.

651. **COPRO-** (cf. gr. *kopros* „fecale”) ● Element de compunere desemnind orice act legat de materiile fecale.

652. **COPROBATE^(M)** S.U.A. — DCI *Meprobatam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenință”.

653. **COPROCHEZIE** (cf. *copro-* și gr. *chezo* „a călări”) — sin. **COPROMANIE** ● Tulburare gravă de compartiment, constînd în manipularea excrementelor pentru murdărirea hainelor, a miinilor, preocupare ce provoacă satisfacție subiectului. La copilul mic, nu are semnificație patologică. Apare în stări defectuale grave, la oligofrenii și demenți, rar în dizarmonii de personalitate. Dacă această activitate este însoțită și de excitație erotică, se constituie ca o perversiune sexuală.

654. **COPROCRAZIE** (cf. *copro-* și gr. *krasis* „contractie”) ● Imposibilitatea reținerii materiilor fecale (diferită de incontinența sfincteriană, datorată unor leziuni neurologice) prîncăderea instanțelor superioare de control și apare în oligofrenii severe, demențe.

655. **COPROFAGIE** (cf. *copro-* și gr. *phagein* „a minca”) ● Tulburare gravă a comportamentului alimentar (ingerarea de materii fecale proprii sau ale partenerului) și poate fi întîlnită în oligofrenii, demențe, schizofrenie (forma hebefrenică) și în cazul unor perversi sexuali.

656. **COPROFILIE** (cf. *copro-* și gr. *philia* „prietenie, dragoste”) ● Realizarea unei plăceri pentru subiect în a privi, depozita și a sta în propriile excremente sau ale partenerului (perversi sexuali) și se întîlnește, împreună cu **COPROFAGIA** sau singură, în aceleași entități clinice.

657. COPROFOBIE^(F) (cf. copro- și gr. *phobos* „frică”) — sin. SCOTOFOBIE^(F) ● Teama patologică, dezgustul, față de materiile fecale. Această temă semnifică, de fapt, frica de murdărie, frica de contaminare. Apare în nevroza obsesivo-fobică și anxioasă, la personalități dizarmonice de tip isteric, și la cele psihastenice. Psihanalitic, coprofobia este interpretată ca o reacție împotriva impulsurilor coprofilice inconștiente.

658. COPROLAGNIE (cf. copro- și gr. *lagneia* „relații sexuale”) ● Perversiune sexuală contind din obținerea satisfacției erotice numai prin asocierea actului de defecație (propriu sau al partenerului). Se întâlnește rar.

659. COPROLALIE (cf. copro- și gr. *lalein* „a vorbi”) ● Utilizarea unui limbaj vulgar, obscen, grosier, blasfemator. Circumstanțele de apariție sînt diferite: în maladia ticurilor (Gilles de la Tourette), apare ca un simptom particular și este folosit de unii deliranti cronici pentru a-și exprima verbal revolta, dezgustul și în manie, ca dezinhibiție verbală și în nevrozele obsesive apare ca o impulsie explozivă și izolată, precedată de efortul pe care bolnavul îl depune pentru a se stăpîni, pentru a nu da urmare impulsivității (fobia de coprolalie).

660. COPROMANIE (cf. copro- și gr. *mania* „nebulie”) — sin. → COPROCHEZIE.

661. COPROPRAxie (cf. copro- și gr. *prassein* „a efectua”) ● Tendința de a folosi frecvent gesturi cu semnificație obscenă. Poate apărea rar în boala Gilles de la Tourette.

662. CORAX^(M) Canada — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anti-convulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

663. CORD IRITABIL (cf. lat. *cor* „inimă”) — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (D.A.H.); ASTENIE NEUROCIRCULATORIE; ANIMA SOLDATULUI; NEVROZĂ CARDIACĂ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE; STILLE-HARTSHORNE^(S) sindrom; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE — sin. → DA COSTA^(S) sindrom.

664. CORDANUM^(M) R.D.G. — DCI Talinol ● Betablocant, de tip (±)-1-p-β-(tert-

butilamino)-2-hidroxi-propoxi/fenil-3-ciclohexil uree, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, alcoolism, sevrăj, în combaterea tremorului parkinsonian și senil, a efectelor secundare ale litiului. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

665. CORECTITUDINE LOGICĂ (cf. lat. *correctus* „corectat, îndreptat”) ● Proprietatea unei construcții logice de a fi conformă cu anumite reguli. Respectarea regulilor logicii creează condițiile pentru ca o expresie logică să fie corect alcătuită. Se vorbește astfel despre corectitudinea logică a definițiilor, clasificărilor, formalizărilor, raționamentelor, demonstrațiilor. Pentru ca gândirea să fie riguroasă, ideile trebuie să fie clare, distincte, urmare a unor raționamente corecte. În absența acestor condiții, este inevitabilă apariția erorilor logice. Corectitudinea este subordonată în acest mod adevărului, deși există enunțuri corect construite din punct de vedere logic, dar care nu sînt și adevărate (de exemplu, ideile delirante) și reversul este totdeauna valabil: orice enunț adevărat trebuie să fie și corect logic.

666. COREE ACUTĂ (cf. gr. *chorea* „dăns”) — sin. → SYDENHAM^(B) boală.

667. COREE CRONICĂ HUNTINGTON^(B) boală ● Boală degenerativă cu caracter ereditar — transmitere dominantă — și debut tardiv, asociind unor semne neurologice zgomotoase (convulsii, mișcări coreice, rigiditate) o demență progresivă. Leziunile specifice anatomo-patologice sînt reprezentate de degenerescența lobului frontal și a corpului striat. Boala nu beneficiază de tratament specific.

668. COREE CRONICĂ PROGRESIVĂ SPORADICĂ^(B) — boală ● Varietate clinică a coreei cronice, de etiologie necunoscută, cu apariție sporadică și evoluție progresivă.

669. COREE ISTERICĂ — sin. COREE ELECTRICĂ — sin. → BERGERON^(B) boală.

670. COREE MENTALĂ — sin. HIPERACTIV COPIL și HIPERKINETIC^(S) sindrom (EISENBERG, 1957) și HIPERKINETIC IMPULSIV^(S) sindrom și INSTABIL COPIL (ABRAMSON, 1940), SINDROM ORGANIC CEREBRAL MENTAL (GESEL, AMATRUDA, 1949) și TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI și TURBULENT COPIL (WALLON, 1925) — sin. → DISFUNȚIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM).

671. **COREE SENILĂ** ● Formă clinică a coreei cronice, cu debut în involuție, cu mișcări coreice ample, cu evoluție în platou și fără asocierea demenței. Se datorește leziunilor de nucleii centrali, fără afectare corticală.

672. **COREE VASCULARĂ** ● Asemănătoare ca manifestare clinică — din punct de vedere neurologic — cu cea senilă, datorată leziunilor vasculare, are și determinări corticale și, în consecință, manifestări psihice ce evoluează lent, dar cert, către demență.

673. **CORELAȚIE** (fr. *corrélation*) ● Coexistență a două realități deosebite, corelate în mod esențial între ele, fiecare avînd însă legități și un mod aparte de manifestare (de exemplu : natura și cultura, mediul ecologic și societatea etc.).

Termenul de corelație statistică cunoaște o largă folosire în studiile psihiatrice, în special în cele epidemiologice, ca următoarele semnificații (legătură statistică) :

- desemnînd legătura între variabilele unei populații statistice ;
- desemnînd o metodă de descriere și analiză a legăturilor de tip statistic între două sau mai multe variabile ;
- reprezentînd mărimea gradului de legătură între variabilele cantitative, ca sinonim pentru COEFICIENT DE CORELAȚIE →

Corelația constatată între două variabile poate să nu aibă nici o explicație causală. Statistica nu poate oferi informații despre natura legăturilor între două variabile, ci poate exprima cel mult gradul în care cele două variabile tind să varieze concomitent. Corespondența între variabile poate rezulta dintr-o legătură nemijlocită între fenomene, din covariația fenomenelor datorată unor cauze comune, din variația întimplător simultană a fenomenelor.

674. **CORENALIN**^(M) Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă ; practic, fără efecte simpaticomimetice.

675. **COREOATETOZA** (cf. gr. *chorea* „dans” ; *athetos* „nefixat spațial”) ● Asocierea mișcărilor coreice — involuntare, aritmice, dezordonate, rapide, cu caracter segmentar — cu cele atetozice, involuntare, aritmice, ondulant-tentaculare, legate, mai puțin ample. Sindromul ar avea drept cauză dezorganizarea activității corpului striat (spre deosebire de

parkinsonism), ale cărui manifestări ar fi determinate de pierderea funcției striatului. Dezorganizarea funcțională are la bază leziuni predominînd în putamen și nucleul caudat.

676. **COREOFRAZIE** (cf. gr. *choreia* ; *pro-zein* „a exprima”) ● Tulburare a limbajului, consecință a unor afecțiuni neurologice, caracterizată prin formularea de către bolnav a unor fraze lipsite de sens.

677. **COREOMANIE** (cf. gr. *choreia* ; *mania* „nebulie”) ● Tendință impulsivă de a executa mișcări asemănătoare dansului. Această „nebulie”, din grupa manifestărilor isterice, are destul de frecvență în Evul Mediu, cînd se declanșau în Europa adevărate epidemii.

678. **CORETAL**^(M) Polonia — DCI *Oxretanolol* ● Betablocant, de tip 1-10-(alililoxi)fenol-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anestezie, distonii neurovegetative, boli psihosomatice ; are valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiul, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

679. **CORMITON**^(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziei, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

680. **CORNELIA (DE) LANGE**⁽⁸⁾ *sindrom* ● Oligofrenie congenitală (transmisia genetică nu a fost precizată) asociată cu microsomia, hirsutism, malformații ale membrelor, pollice inserat proximal, simfiză sprîncenelor, microcefalie, buză superioară disproporționat de subțire, orificii nazale orientate anterior.

681. **COROFILIE** (cf. gr. *kore* „față” ; *philia* „prietenie, dragoste”) ● Formă particulară de homosexualitate feminină definită de raporturi aberante ale femeilor adulte cu copii de sex feminin → PERVERSIUNI SEXUALE.

682. **CORONARO-CEREBRAL**⁽⁸⁾ *sindrom* (cf. lat. *corona* „coroană” ; *cerebrum* „creier”) ● Sindrom apoplexiform, care poate însoți infarctul miocardic, manifestat prin pierderea conștiinței, semne neurologice și tulburări psihice legate mai ales de claritatea conștiinței instalate brusc. Simptomatologia psihică poate masca uneori accidentul coronarian, dacă ischemia cerebrală o precede pe cea cardiacă. A fost descris de BOGOLEPOV.

683. CORP CALOS^(S) *sindrom* (cf. lat. *corpus* „element, substanță” și *callum* „bătătură”) ● Caracterizat clinic prin apraxie unilaterală stângă, însoțită uneori de asomatognozie și astereognozie stângă, tulburări de echilibru, tulburări psihice asemănătoare celor din leziunile lobului frontal : apatie, amnezie de fixare, indiferență afectivă sau depresie. Distrugerea corpului calos prin neoformării, ramolismente împiedică transferul informațional interemisferic.

684. CORP LUY^(S) *sindrom* → HEMIBALBISM.

685. CORP TRĂIT — sin. CORP PROPRIU ; CORP SUBIECT ; CORPORALITATE ● Formă de subiectivitate personală care precede și întemeiază determinările istorice ale „ființei în lume” (POROT). Dimensiunea anegoică și prepersonală a fenomenului determină poziții secundare abstracte noțiunilor de soma și psyche. Cristalizarea conceptului de corp trăit interferă cu planuri antropologice, fenomenologice, psihiatrice. Psihologia îi desemnează importanța pentru achiziționarea schemei corporale.

ZUTT stabilește corespondențe între unele aspecte psihopatologice aparținând psihozelor schizofrenice și afective și cele două modalități de deschidere spre lume ale corpului trăit, „corpului în apariție” și „corpului purtător”. Dacă domeniul de manifestare al „corpului în apariție” este cel al comunicării preconceptuale cu lumea (sau al „simțirii patice” — STRAUSS), patologia sa ar corespunde schizofreniei. Pe de altă parte, „corpul purtător” este modelul structural al suportului vieții umane, angrenat într-un flux spațiotemporal, el făcând posibilă devenirea permanentă a ființei umane sub aspectul său involuntar. Patologia sa ar corespunde psihozelor afective. Tot ZUTT, încercând o abordare fenomenologică a stărilor de epuizare incriminate în etiopatogenia neurasteniei, definește o stare caracterizată ca modificare a „corpului trăit social”. Aceasta constă în existența unui hiatus între situație și răsunetul psihopatologic, în esență între epuizare și „a fi epuizat” (starea consecutivă epuizării), și ar comporta următoarele aspecte clinice : deficitul de forță psihofizică, trăirea și reprezentarea acestui deficit ca senzație de atonie, tonus emoțional negativ (nucleu dispozițional fad, șters), retragerea în „corporalitatea pasivă” cu îngustarea deschiderii spre lume și sentimentul de pierdere al fluxului temporal normal.

686. CORPORALE^(H) halucinații (fr. *corporel*) — sin. SOMATICE^(H) halucinații → VISCERALE^(H) halucinații

687. CORTEX CEREBRAL (cf. lat. *cortex* „scoartă” ; *cerebrum* „creier”) ● Apartine emisferelor cerebrale — segmentul cel mai evoluat al nevraxului — și este reprezentat de substanța cenușie dispusă la suprafața lor. Are o suprafață de aproximativ 1 400—2 600 cm², iar în structura sa internă, circa 14 miliarde de neuroni, celule gliale, fibre de substanță albă, precum și elemente cu rol trofic. Această structură complexă prezintă o stratificare cu semnificații funcționale importante, celulele piramidale Betz fiind caracteristice ariilor motorii, iar celulele granulare — ariilor senzitive și senzoriale. Din punctul de vedere al evoluției filozofice ontogenetice, la nivel cortical, se deosebesc neocortexul sau neopalliumul, zonă nou apărută, structurată în șase straturi celulare și având o funcționalitate specifică omului, și paleocortexul (arhipallium, sistemul limbic) format din două straturi celulare, cu funcții caracteristice atât omului, cit și animalelor.

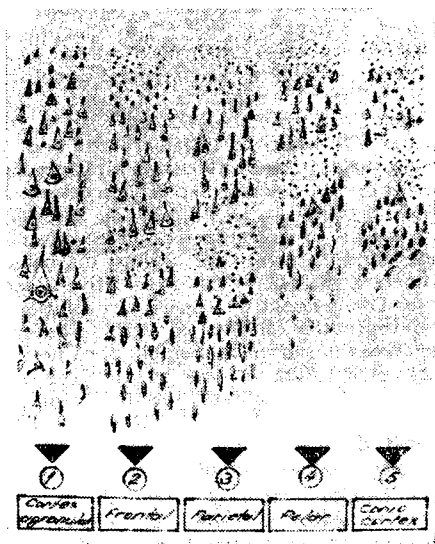
Funcțional, cortexul cerebral reprezintă suportul anatomic al vieții psihice, al tuturor elementelor ei constitutive, astfel încât, la nivel cortical, se realizează cea mai complexă formă de integrare a organismului în mediul înconjurător, dar și cea mai complexă integrare funcțională a părților organismului într-un tot unitar.

Studiul dispoziției neuronilor — citoarhitectonica — și al orientării fibrelor nervoase (mieloarhitectonica) au dus la delimitarea unor porțiuni de cortex cu structură similară, cunoscute sub numele de ariile lui Brodmann. Ariile corticale, după funcția lor, pot fi clasificate în :

- arii de proiecție aferente receptoare sau senzoriale ;
- arii de proiecție eferente efectoare sau motorii ;
- arii de asociație.

De fapt, toate ariile de proiecție senzoriale sau motorii primesc aferențe și trimit eferențe, motiv pentru care o denumire corectă a lor ar fi arii senzitivo-motorii. Ariile de proiecție aferente sînt : somestezică, vizuală, auditivă, gustativă, olfactivă și vestibulară. Ariile somestezice primesc informații tactile dureroase și mioartrokinetice. Localizarea lor este în girusul postcentral din lobul parietal. Zonele senzoriale recepționează informații de la analizatorii auditivi (lob temporal), gustativ (la baza circumvoluției centrale posterioare), vizual (lob occipi-

tal), olfactiv (paleocortex). Ariile de proiecție eferente constituie locul de origine a căilor cortico-spinale, cu rol în inițierea mișcărilor voluntare, în integrarea funcțiilor motorii și modificarea tonusului muscular.



Ariile motorii se află localizate la nivelul lobului frontal. Informația preluată de receptori este condusă la nivel cortical, în arii senzitivo-senzoriale specifice. La nivelul ariilor asociative, informațiile sînt comparate cu cele culese de alți analizatori și cu datele din memorie. Pe baza sintezei complexe a tuturor informațiilor, este elaborată starea de conștiință și sînt luate decizii voliționale și automate. Funcțiile neocortexului sînt senzitive, asociative și motorii, stînd la baza proceselor psihice caracteristice omului, procese cognitive, afective și volitive.

- Funcțiile senzitive : se realizează la nivelul ariilor senzitive corticale, specializate în prelucrarea unui anumit tip de informație. Aceste arii nu au însă un rol senzitiv exclusiv, iar funcția de prelucrare a informațiilor se desfășoară în corelație anatomico-funcțională atît cu unele structuri subcorticale, cit și cu ariile asociative corticale (arii senzitive secundare).
- Funcțiile asociative : percepția complexă a lumii exterioare și a semnificațiilor diferitelor senzații se realizează în ariile asociative, spre care sosesc impulsuri de la ariile primare și de la nucleii talamici nespecifici. Aici are loc procesul cel mai fin și mai complex de prelucrare, elabo-

rare a modelului conștient al lumii, apare conștiința propriei noastre existențe, iau naștere voința și deciziile. Topografic, ariile asociative sînt :

- zona prefrontală este sediul controlului cortical al funcțiilor vegetative, asigurînd integrarea acestor funcții în acte complexe de comportament uman. Tot la acest nivel se află „sediul” personalității, lezarea acestei arii determinînd alterări de personalitate și tulburări de comportament ;
- zona parietală este zona interpretativă a senzațiilor somatice ; lezarea ei, determinînd incapacitatea de a recunoaște caracteristicile unui obiect atins, face imposibilă recunoașterea poziției spațiale a membrilor sau determină chiar negarea apartenenței unei părți la propriul corp (asomatognozie) ;
- zona occipitală are rol în descifrarea semnificației senzațiilor vizuale, lezarea ei determinînd afazia vizuală (cecitatea psihică) ; același rol în ceea ce privește semnificația sunetelor îl au ariile asociative temporale.

Aria asociativă generală are rol de integrare a activității celorlalte arii asociative și se află la confluența acestora. Este o arie senzitivă terțiară, aria cunoașterii. Lezarea ei produce dificultăți în elaborarea gîndurilor proprii și în înțelegerea gîndurilor exprimate verbal sau în scris. Această arie este corelată funcțional cu procesele de memorie vizuală și cu controlul vieții emoționale și sexuale. Prin conlucrarea ariilor asociative, senzitive și a centrilor mezencefalo-diencefalici se elaborează modelul conștient al lumii exterioare.

Funcțiile motorii corticale sînt reprezentate de controlul întregii activități motorii somatice, voluntare și involuntare. Mișcarea voluntară se realizează și cu participarea structurilor motorii extrapiramidale, la acest act neurofiziologic și psihologic complex participînd creierul emoțional (hipotalamus și sistemul limbic), ariile corticale motorii, premotorii, senzoriale și asociative, nucleii bazali, cerebelul și talamusul. Aceste structuri elaborează un plan general al mișcării, un program al mișcării voluntare, iar cortexul motor pune în aplicare aceste decizii prin intermediul organelor efectorii.

Din analiza vieții psihice umane, se disting trei compartimente psiho-fiziologice : compartimentul cognitiv (de cunoaștere) ; volitiv (decizional) și afectiv.

La baza activității nervoase corticale stau reflexele condiționate, care se închid la nivelul

cortical, precum și două procese esențiale: excitația și inhibiția. Excitația este procesul cortical nervos activ ce se manifestă prin inițierea unei acțiuni sau amplificarea uneia existente. Procesul de excitație are ca suport anatomic sinapsele excitatorii activate de stimuli. Excitația corticală este rezultatul intrării în activitate a sistemului reticular activator ascendent, care determină reacția de trezire corticală. Inhibiția este tot un proces activ, ce se manifestă prin diminuarea sau sistarea unei activități anterioare. Ea se realizează prin intermediul sinapselor inhibitorii și poate fi internă sau externă, în funcție de modul cum acționează stimulul. Excitația și inhibiția sînt specifice oricărei structuri nervoase, dar au un caracter deosebit de complex la nivelul centrilor encefalici și al cortexului cerebral. Aceste două procese prezintă o mobilitate deosebită (pot iradia pe o suprafață corticală mare, sau pot fi concentrate pe o zonă limitată) și se pot succeda alternativ, în același teritoriu sau în teritorii vecine. Funcțional, activitatea emisferelor cerebrale trece prin două stări distincte: starea de veghe și starea de somn. Printre activitățile cerebrale cognitive, se numără: învățarea, memoria, gândirea, limbajul. Se consideră că emisfera dominantă (stîngă la dreptaci) este cea predominant cognitivă, în timp ce emisfera opusă este dominant afectivă. La baza proceselor afective se află impulsurile fundamentale (instinctele), care generează motivația, element esențial pentru adaptarea biologică și psihosocială a subiectului.

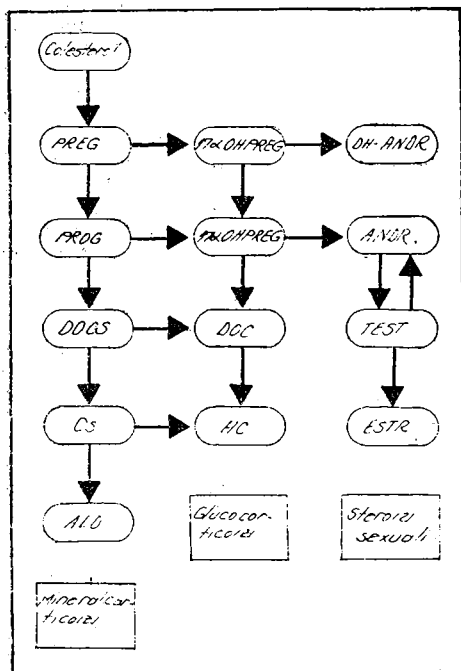
688. CORTEX ALOGENETIC (cf. lat. cortex; gr. *allos* „altul” și *gennan* „a naște”) — sin. ALOCORTEX și ARHIPALIMUM ● Una din cele două subdiviziuni ale scoarței cerebrale, alături de neocortex sau izocortex. Divizarea scoarței se face pe baza unor argumente filogenetice, structurale și funcționale. La animalele inferioare, alocortexul reprezintă o mare parte din suprafața corticală, această pondere reducîndu-se pe măsură ce organismele avansează pe scara evoluției. La om, el ocupă numai 1/12 din întinderea scoarței, restul fiind ocupat de izocortex (neopallium). Autorii sovietici au demonstrat, prin studii filogenetice și ontogenetice, că izocortexul derivă și se perfecționează pe baza alocortexului primitiv. Alocortexul are o arhitectonică tipică, simplă, substanța nervoasă fiind dispusă în 2—3 straturi celulare. În zonele în care acestea sînt relativ bine individualizate, se descriu: stratul granular, superficial, cu celulele receptoare, și stratul piramidal profund, cu celulele motorii și de asociație. La rîndul său, alocortexul este subdivizat în

arhecortex sau cortex primar, cu trei straturi relativ bine individualizate (reprezentate de formația hipocampică), și paleocortex (paleopallium, cortex vechi), în care straturile celulare sînt difuze (reprezentate de lobul filiform). Alocortexul este creierul fundamental, dotat cu memorie genetică și cu rol în comportamentul general și în viața instinctivă. Împreună cu nucleii ariei septale (placă turnantă între aloși și neocortex), alocortexul pune în acțiune mecanisme motorii și vegetative, care reglează comportamentul instinctivo-emoțional, tradus prin manifestări emoționale, agresive sau de supunere. Aceste manifestări se evidențiază în activitatea de conservare individuală (căutarea hranei, apărare) și a speciei (reproducere, apărarea și îngrijirea descendenților). Hipocampusul intervine în operațiile mnemice (indirect, asupra circuitelor de întărire a informațiilor), în controlul reacțiilor emoționale, în controlul unor activități viscerale, în modularea impulsurilor reticulare, activatoare ale vigilenței. Distrugerea complexului amigdal-hipocampo-cortical, produce orbirea psihică și un comportament sexual bizar (sindromul Kluwer-Bucy), nediscriminarea alimentelor de alte obiecte. Între alocortex și neocortex există o puternică intercondiționare, alocortexul aflîndu-se sub controlul integrativ al neocortexului, iar acesta din urmă fiind antrenat în activitatea specifică alocortexului. Se consideră că, în unele cazuri, poate fi realizată o separare a funcțiilor structurilor filogenetice vechi de ale celor noi, această disociere funcțională stînd la baza unor ipoteze referitoare la mecanismele patologice ale schizofreniei.

689. CORTEX HOMOGENETIC (cf. lat. cortex și gr. *homos* „asemănător” și *gennan*) — sin. CORTEX HOMOTIPIC și NEOPALIMUM sin. → IZOCORTEX.

690. CORTICOIZI — sin. ADRENOCORTICOIZI și ADRENOCORTICOSTEROIZI și CORTICOSTEROIZI ● Hormoni sterolici secretați de corticosuprarenală, derivați din colesterol și clasificați, în funcție de acțiunile lor, în: glucocorticoizi, cu efecte predominante asupra metabolismelor intermediare glucidic și protidic (cortizol, corticosteron, cortizon), mineralocorticoizi cu acțiune asupra echilibrului sodiu-potasiu (aldosteron, 11-deoxicorticosteron) și sexosteroizi a căror acțiune se exercită asupra apariției și dezvoltării caracterelor sexuale secundare, fără a putea însă suplini lipsa gonadelor (estradiol, progesteron, testosteron, dehidroepiandrosteron). În terapie se folosesc și corticoizi de sinteză,

artificiali, înrudiți cu cei naturali, dar cu o structură chimică modificată. Astfel, prednisolul (delta-cortizon) și prednisolonul se obțin prin dehidrogenarea cortizonului și, respectiv, a cortizolului. Acești produși sintetici au o



Principalele căi de biosinteză a corticosteroizilor :

PREG – pregnenolon ; PROG – progesteron ; ANDR – androstendion ; DOCS – deoxicorticosteron ; DOC – deoxicorticosterol ; CS – corticosteron ; ALD – aldosteron ; HC – hidrocortizon ; TEST – testosteron ; ESTR – estradiol.

largă utilizare în practica medicală și o acțiune biologică mult mai pronunțată decât produșii naturali. Acțiunile corticosteroizilor sînt complexe și interacționează cu activitatea a numeroase aparate și sisteme. Se descriu astfel acțiuni metabolice, hematologice, imunologice, efecte antiinflamatorii, efecte asupra tubului digestiv, asupra sistemului osos, asupra echilibrului hidro-mineral. Hiperfuncția glandulară, ca și terapia cortizonică, are efecte diferite, în funcție de cantitatea de hormoni și de antecedentele personale și familiale ale subiectului.

În determinismul tulburărilor psihice pot fi implicate: tipul afecțiunii care a necesitat terapie cortizonică, nivelul plasmatic obținut, tipul produsului care acționează (steroidii de sinteză avînd efecte secundare psihiatrice mult mai atenuate). Este caracteristic faptul că tulburările psihice apar, mai ales, la debutul și la sfîrșitul terapiei cortizonice. Momentul atingerii unor niveluri plasmatice optime ale drogului este punctat pe plan psihic de apariția insomniei, a euforiei hipomaniacale. Depășirea acestui nivel optim este marcată de apariția anxietății, însoțită de stări depressive, a căror intensitate poate conduce la suicid. Mai poate apărea, în această etapă, confuzie mintală cu depersonalizare, sau exagerarea euforiei, ca semn al debutului unei crize acute de excitație maniacală. Formele cele mai grave ale tulburărilor psihice ce apar sub tratament cortizonic sînt psihozele cortizonice, cu manifestări polimorfe, de o mare variabilitate (confuzia mintală, onirism, inhibiție, depersonalizare, manifestări maniacale). În fiziopatologia acestor tulburări sînt incriminate tulburări ale echilibrului hidroelectrolitic; cu consecințe asupra excitabilității sistemului nervos central, modificări ale biosintezei de serotonină și influențe asupra sistemelor neuronale GABA-ergice inhibitoare. Evoluția tulburărilor psihice apărute sub terapie cortizonică este favorabilă după reducerea dozelor sau, în funcție de afecțiunea de bază, sub administrare de neuroleptice.

691. CORTICOSAN^(M) Argentina — DCI Diazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

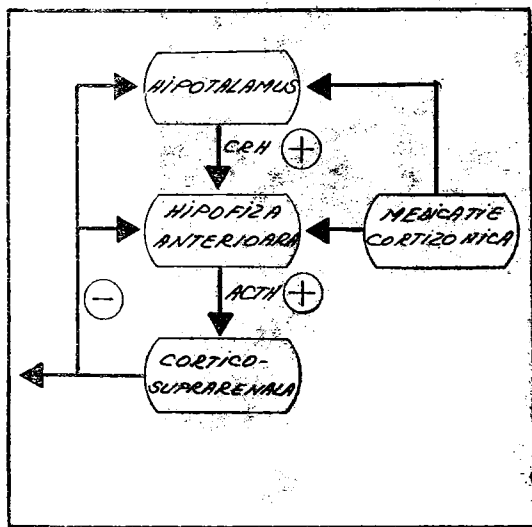
692. CORTICOSUPRARENALĂ (cf. lat. cortex ? supra „deasupra” ? ren „rinichi”) — sin. CAPSULA SUPRARENALĂ ; CORTEX ADRENAL ? C.S.R. (Cortex glandulae suprarenalis ● Porțiune superficială a glandei suprarenale, constituind o glandă aparte, formată din trei părți tisulare concentrice, denumite din exterior spre interior :

- zona glomerulară — secretă mineralocorticoizi ;
- zona fasciculată — secretă glucocorticoizi ;
- zona reticulată — secretă hormoni sexuali.

Glanda este indispensabilă vieții, prin secreția hormonilor corticoizi, care intervin în reglarea metabolismelor tuturor princi-

piilor alimentare (glucide, proteine, lipide) în echilibrul hidromineral și în răspunsurile la „agresiuni” de diverse tipuri. În legătură cu ultimul aspect, este vorba, de fapt, de intervenția corticosuprarenalei în procesele de

astrală”), al căror conținut este referitor la o catastrofă cosmică (melancolia de involuție: subiectul „asistă” la distrugerea planetei, a întregului univers, distrugere în care se crede implicat) sau la fenomene cosmice (parafrenia fantastică: subiectul este „martorul” producerii unor fenomene extraordinare).



Controlul secreției de hidrocortizoni

adaptare, declanșate de acțiunea unor agenți nocivi (fizici, chimici, sau biologici), printre care traumatismele psihice, șocurile emoționale joacă un rol important. Intervenția glandulară se traduce prin creșterea secreției de hormoni corticosteroidi. Apartenența corticosuprarenalei la constelația neuroendocrină, situarea ei pe axul principal hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal, explică răsunetul glandular al agresiunilor suferite de psihic, precum și simptomatologia psihică prezentă atât în insuficiențele, cât și în hiperfuncțiile corticosuprarenale, de la simple modificări ale tonusului afectiv, tulburări de somn, până la psihosindroame complexe, cum sînt cele din bolile Cushing sau Addison.

693. CORTUSSIN^(M) S.U.A. — DCI *Guafenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

694. COSMICE^(B) halucinații (fr. *cosmique*; cf. gr. *kosmos* „univers”) ● Halucinații complexe, scenice, vizuale, dar și auditive („muzică

695. COSMOGONIC^(D) delir (fr. *cosmogonique*; cf. gr. *kosmos* și *gonos* „origine” și lat. *delirium* „aiurare”) — sin. METAFIZIC^(D) delir ● Delir expansiv al unor subiecți cu activitate imaginativă deosebită, a cărui tematică se referă la un timp infinit și un spațiu nelimitat, pe care subiectul crede că le poate stăpîni grație calităților sale deosebite, printre care imortalitatea joacă un rol deosebit. Parafrenia, stările de excitație maniacală sînt circumstanțele etiologice cele mai frecvente ale acestui delir.

696. CO-SULPIR^(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp este util în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra, fără a necesita o pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

697. COSYNS-DURET^(S) sindrom — sin. PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ ● Patomimia (pathomimesis, pathomimetrie — după autorii de limbă engleză) este definită ca imitare a unei boli, cîteodată chiar prin automutilare. Spre deosebire de simulare care constă în crearea de semne (artificiale) ale unei boli inexistente, în patomimie, mimesisul simptomelor subiective sau provocarea de leziuni prin acțiuni mecanice, chimice, termice etc., în scopul obținerii unui avantaj material sau moral, este legată mai des de un mobil afectiv, conștient sau inconștient (P. MARCHAIS). COSYNS și DURET au descris, în 1955, ca varietate a mitomaniei, acest sindrom în care impulsivii patologici de a minți și se asociază automutilări diverse, cu scopul vădit de a atrage atenția anturajului. La aceste cazuri, componenta isterică este evidentă.

698. **COȘMAR** (fr. *cauchemar*; ol. *mare* „fantomă nocturnă”) ● Fenomen [psihopatologic cunoscut încă din antichitate, coșmarul rămâne o sursă de controverse, atît în ceea ce privește semnificația sa pato-

poate exista: o tulburare de tip psihotic a Eului, iar coșmarul ar putea fi un fel de atac psihotic scurt și reversibil.

Cerșetînd relațiile dintre coșmar și episoadele psihotice, MACHON a sesizat unele



Hans Schilt

ogică, cit și etiopatogenia. Nici măcar asupra conținutului, consensul nu s-a putut stabili. Astfel, POPOVICIU arată că, în triada simptomatologică a coșmarului, se notează angoasa (cu o presiune toracică), sentimentul de paralizare a voinței și incapacitatea motorie; diverși autori (GEONES, GASTAUT) atribuie unuia sau altuia dintre aceste elemente rolul de element central. În evul mediu, coșmarul era identificat cu „îmbrățișarea” unor ființe supranaturale (cf. germ. *maron* „demon”; vezi și engl. *nightmare*), contact indescriptibil, prin teama pe care o provoacă.

Deși au existat păreri că imaginea onirică ar fi absentă sau redusă, unii autori, printre care și H. EY, arată că lumea imaginilor suferă o metamorfozare angoasantă, în care monstruosul devine principala categorie figurativă, iar gîndirea profund tulburată, răvășită, incapabilă de a se mai restructura în sinteză, abandonează subiectul „vertijului pulsional”. Într-un sens asemănător, școala psihanalitică susține că, în geneza coșmarului, un rol important îl joacă regresia marcată a Eului. Pierderea apărărilor Eului duce la „explozia” anxietății reprimată. Pornind de la această constatare se admite că, în unele situații,

interferențe cu schizofrenia și a semnalat în anumite cazuri, alternanța coșmarurilor cu episoade psihotice. După părerea sa, chiar coșmarul sever este o stare intermediară între visul normal și psihoza acută. Majoritatea autorilor sînt însă de acord în a considera că, la geneza coșmarului, participă atît factori endogeni, cît și factori exogeni. Coșmarul trebuie diferențiat de visul obișnuit (sărăcia imaginilor) și de crizele de pavor nocturn (diferențe de tonus muscular, restabilirea mai rapidă a motilității — POPOVICIU, SZABO, COFARIU —, modificări vegetative mai accentuate, apariția în altă fază a somnului). Coșmarul este întîlnit mai frecvent în clinică în delirul febril, alcoolismul cronic, nevroza anxioasă.

699. **COTARD Jules** (1840—1889) ● Student și asistent al unor maeștri iluștri ca CHARCOT, VULPIAN, FALRET, psihiatru cu un viu simț de observație clinică, a descris pe parcursul a opt ani (1880—1888), în trei lucrări succesive, sindromul cu care va rămîne celebru în psihiatrie. În 1880 descrie delirul hipocondriac, în 1882, delirul negațiilor, iar în 1888, delirul de enormitate. Mai puțin cunoscut este

faptul că aceste lucrări au fost reunite de FALRET, în 1891, după moartea autorului (victimă a difteriei, la 49 de ani), în volumul „Études sur les maladies cérébrales et mentales”, pe care îl și prefățează. Precizăm că lucrările cu privire la psitacism și teza cu acest titlu nu aparțin lui COTARD tatăl, ci fiului acestuia; COTARD Lucien.

700. COTARD^(S) *sindrom* — sin. MEGALOMELANCOLIE ● Sindrom descris de autorul al cărui nume îl poartă, constind dintr-o asociere caracteristică de idei delirante, mai mult sau mai puțin sistematizate. Este întâlnit (mai rar astăzi) în melancolia delirantă (mai ales cea de involuție), demențe (paralizia generală progresivă) și în unele stări confuzionale (mai ales cele de origine infecțioasă). Cuprinde idei delirante de negație, avînd ca punct de plecare tulburările ceneștezice și preocupările hipochondriace, idei delirante de imortalitate și de enormitate, la care se pot adăuga și cele de posesiune. Cînd mecanismele de proiecție hipochondriacă eșuează, pentru a alunga realitatea penibilă, bolnavul o neagă și el neagă existența sau funcționalitatea unor organe sau a corpului, precum și realitatea exterioară, considerîndu-se condamnat să fie nemuritor, pentru a suferi mereu. Imortalitatea este însoțită de nedefinire în spațiu, de existența într-o lume gigant și atrage după sine delirul de enormitate, cînd se pierde controlul asupra limitelor corpului. Tulburările de sensibilitate în sensul existenței analgeziei, tentativele suicidare, automutilările, ideile delirante de posesiune sînt alte elemente constitutive ale sindromului Cotard.

701. COVATIN^(M) ; COVATINE^(M) Franța ; COVATIX^(M) Anglia — DCI *Captodiamă* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip 2-*p*-(butiltilio)- α -fenilbenziltilio-N,N-dimetil-etilamină, cu valențe anxiolitice și sedative comparabile cu ale produsului românesc HIDROXIZIN^(M). Are o bună toleranță, ceea ce-i conferă o largă utilitate.

702 COVENGAR^(M) Argentina — DCI *Dipotassium Clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă. Buna sa toleranță, cit și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

703. COX Joseph Mason (1773—1818) ● Autorul lucrării „Practical aberrations on insanity” care s-a bucurat de succes, fiind tradusă și în Franța. Propune o serie de remedii în

vederea „vindecării nebuniei”, printre care și un fotoliu rotator, care declanșează o stare generală disconfortantă; se creează astfel un termen de comparație pentru starea de boală. Sub alte forme, ideea își va mai găsi utilizarea în psihiatrie.

704. CRADEX^(M) Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină. Este o amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

705. CRAIG-NORMAN^(B) *boală* — sin. BOALĂ TAY-SACHS CU ATINGERE VISCERALĂ PSEUDO-HURLER; GANGLIOZIDOZĂ CU GM-1; GANGLIOZIDOZĂ GENERALIZATĂ PRIN DEFICIT DE BETA-GALACTOZIDAZĂ; GANGLIOZIDOZĂ TIP I; LIPIDOZĂ NEUROVISCERALĂ FAMILIALĂ ● Afecțiune genetică transmisă autosomal-recesiv, ce constă în acumulare excesivă, viscerală și mezenchimală, a gangliozidului GM-1, ca rezultat al deficitului de beta-galactozidază. Apare la descendenții cuplurilor cu un grad ridicat de cosanguinitate. Sînt afectate ambele sexe, în egală măsură. Boala debutează la naștere sau în primul an de viață și este caracterizată prin întîrziere psihomotorie, care se agravează progresiv, dismorfie predominant facială (față edemațiată, hipertelorism, macroglosie, hipertrofie gingivală), hipotonie vasculară, cifo-scolioză. Examele paraclinice: radiologic, se decelează deformarea „în con” a primelor vertebre lombare; oftalmologic, pată maculară roșie-cireșie (50% din cazuri), cecitate progresivă. Examen biologic: prezența de limfocite vacuolizate (10—80%). Evoluția bolii este progresivă spre deteriorare psihică, la care se asociază convulsii tehnico-clonice. Diagnosticul se face pe baza datelor clinice (întîrziere în dezvoltarea psihomotorie, dismorfisme somatice), a examenelor paraclinice și de laborator. Diagnosticul diferențial se face cu boala Tay-Sachs, boala Hurler și boala Niemann-Pick.

706. CRAMPĂ PROFESIONALĂ. (fr. *crampe*) — sin. CRAMPĂ FUNCȚIONALĂ, CRAMPĂ OCUPAȚIONALĂ ● Contractură tranzitorie apărută la unul sau ambele membre superioare (mai rar inferioare), cu ocazia efectuării unui act voluntar bine determinat și întotdeauna același. Se încadrează în nevrozile motorii, elementele definitorii fiind cele ale nevrozilor, la care se adaugă tulburarea funcțională caracteristică. Aceasta variază de la un subiect la

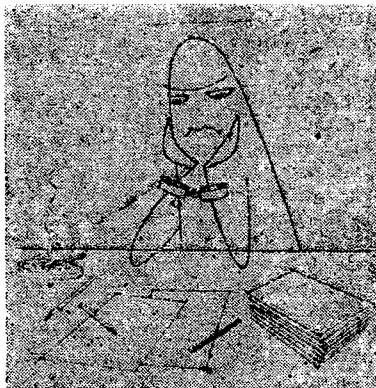
altul, în general, în raport cu profesia. A fost descrisă la scriitori (grafospasm — cea mai frecventă), dactilografe, instrumentiști, frizeri, telegrafiști, croitori, dansatori etc. Drept factori etiologici ai crampei profesionale se admit traumele psihice de durată (insuccese, conflicte, stări de tensiune etc.) și particularitățile individuale (labilitatea structurii psihice). Unii autori au suspectat prezența unui substrat organic, încă necunoscut, datorită aspectului de perturbare extrapiramidală al acestei tulburări. Afectiunea se pare că ar fi mai frecventă la bărbați decât la femei, însă datele în acest sens sînt neconcludente. Mecanismul patogenetic ar fi realizat prin perturbarea mecanismului regulator al contractiilor musculare sinergice, sub acțiunea unor traume psihice de durată. Simptomul cardinal al crampei profesionale îl constituie tulburarea stereotipului psihomotor principal, din exercitarea meseriei. Sînt antrenate mușchii degetelor, mîinii, antebrăzului, brațului, uneori pînă la musculatura gîtului, aceste segmente fiind imobilizate într-o poziție forțată. Se produce o contractură spastică dureroasă, foarte intensă. În unele cazuri, ea este înlocuită de tremurături și/sau durere.

Unii autori descriu o formă paralizică de efectuare a stereotipului psihomotor. În afara actului motor bine determinat, subiectul poate efectua orice altă mișcare cu membrul respectiv. Uneori, crampa profesională apare numai la reprezentarea mentală a efectuării actului. Manifestările nevrotice care acompaniază simptomul cardinal pot fi reprezentate de labilitatea emoțională crescută, anxietate, instabilitate, dismezo-prosexii, insomnii.

Diagnosticul pozitiv se realizează pe baza elementelor definitorii, iar cel diferențial se face cu afecțiuni neurologice. Evoluția poate fi trenantă și prognosticul nu este întotdeauna favorabil, întrucît după tratament pot apărea recidive, care impun uneori schimbarea tipului de activitate. Psihoterapia comportamentală, medicația miorelaxantă, sedativă, anxiolitică, de tonificare generală se asociază cu metode de reeducare a stereotipului psihomotor.

707. CRAMPA SRIITORULUI ● Disfuncții ale coordonării musculare însoțite de spasme, senzație de slăbiciune, rigiditate, dureri la nivelul articulației, pumnului, care apar la tentativele de a scrie (sau de a efectua o anumită activitate profesională). Pot fi însoțite de mișcări anormale și de hipertonia mîinii sau a întregului membru superior, mai rar înregistrîndu-se forme spastice, ataxice, algice sau chiar paralizice. Au fost descrise, în 1830, de BELL și BARUCK, fără ca pînă în prezent să li se poată pune în evidență etiopatogenia

completă, dar datorită „selectivității” simptomatice, psihogeneza este pe deplin acceptată. În acest context, sînt discutate mecanismele de conversie isterică sau cele obsesionale, în fața acțiunii creatoare (ambivalența dintre



dorința de a o face și teama de a nu reuși). Unii autori vorbesc chiar de o personalitate psihomotorie. Terapia comportamentală arată că este vorba de un comportament disfuncțional învățat, pe care factorii interpersonali sau intrapersonali îl pot întreține. De altfel, P. JANET a fost primul care a propus o metodă „comportamentală”: readaptarea progresivă a scrisului. O serie de autori: BECH, CRISP, SYLVESTER, MOLDOVSKY, WOLPE, REAULEY, UCHIYAVA, MANJUARORA, COTTREAU au imaginat numeroase metode, mergînd de la simularea electrică, la bio-feed-back și afirmarea Sinelui, pentru a depăși dificultățile pe care le implică această boală. Beneficiile secundare reprezintă un obstacol redutabil în tratament. Rezultate surprinzător de bune se pot obține uneori pe calea subnarcozei barbiturice.

708. CRÂNE EN TOUR—sin. ACROCEFALIE ; CRÂNE DE THERSIL ; HIPSICEFALIE ; HIPSOCEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE → THERSIL^(s) sindrom.

709. CRANIOCEL (cf. gr. *kranion* „craniu” ; *koulos* „scobit, concav”) — sin. ENCEFALOCEL sin. → CEFALOCEL.

710. CRANIOLOGIE. (cf. gr. *kranion* ; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen propus de Frantz GALL pentru doctrina sa, numită ulterior, în 1817, de către frații FORSTER (elevii lui SPURZHEIM), → FRENOLOGIE.

711. **CRANIOPATIE NEURO-ENDOCRINĂ** (cf. gr. *kranion* și *pathos* „experiență”) — sin. ACHARD-THIERS⁽⁸⁾ sindrom și HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ și MOREL⁽⁸⁾ sindrom și MORGAGNI^(B) boală și STEWARD-GRIEG-MOREL⁽⁸⁾ sindrom și STEWARD-MOREL⁽⁸⁾ sindrom → MOR-GAGNI-STEWARD-MOREL⁽⁸⁾ sindrom.

712. **CRANIUM BIFIDUM** (lat. „craniu despăcat în două”) → MENINGOENCEPHALOCEL.

713. **CRASIN^(M)** Coreea — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepressiv și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențând însă reflexele conducătorilor auto. Prezintă indicații în psihogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor și este util în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

714. **CREATIVITATE** (fr. *créativité*) ● Capacitate de a crea. În stare potențială, ar exista la toți subiecții, dar pentru a se exprima, necesită condiții favorabile de ordin socio-cultural. GALLPORT a introdus termenul în 1938, subliniind faptul că existența creativității presupune predispoziția pentru nou pe care o poartă individul în însăși personalitatea sa, în modul în care această personalitate se bucură de o anumită organizare a proceselor psihice. Se opune conservatorismului, conformismului. Pentru PIAGET, este o „acomodare cu depășire”. Conceptul de creativitate nu include numai relația de cauzalitate cu noțiunea de inteligență, ci un complex de factori, ca percepția, tendința spre originalitate, imaginația și, după WECHSLER, factori noncognitivi. În evoluția creatoare intervin, în final, toate procesele psihice. Conceptul de informație constituie suportul punctului de vedere al lui REITMAN, pentru care creativitatea reprezintă un mod de prelucrare a informației. După GORDON, creativitatea presupune posibilitatea de a percepe familiarul ca necunoscut și în totalitate nou, iar nefamiliarul drept cunoscut. Aceste două operații de bază fundamentează sinectica. O condiție esențială a creativității este interacțiunea optimă între atitudine, pe de o parte, și motivații și atitudini creative, pe de altă parte.

Încrederea în forțele proprii stimulează creativitatea, pe când neîncrederea în sine o paralizază. Psihanaliștii o consideră rezultatul

procesului de sublimare a pulsioniilor inconștiente. La polul opus se situează punctul de vedere al lui SAPHIRO, pentru care procesul de creație se manifestă în condițiile suprimării temporare a cenzurii. Considerăm mai plauzibilă concepția psihanalitică, suprimarea cenzurii nefiind compatibilă cu sensul complex și profund uman al termenului de creativitate. Creatorul este prin definiție un adept al valorii și activitatea sa îndeplinește, în primul rând, o funcție axiologică, reflectă însușirea unei responsabilități sociale.

Tehnicile terapeutice de grup, inspirate adeseori dintr-o psihologie analitică și înrudite cu sinectica (brainstorming-ul), urmăresc stimularea creativității. În acest context, creativitatea capătă sensul unei aptitudini de a diminua tensiunile rezultate din inhibiție și angoasă, lăsând timp liber manifestării fantaziei, prin care se exprimă dorințele inconștiente. Fără a fi suprimată, cenzura canalizează mesajul inconștient, printr-un proces de sublimare.

Componentă a tuturor domeniilor vieții, creativitatea devine o condiție esențială a progresului.

715. **CREAȚIE** (cf. lat. *creatio* „naștere”) ● Instituire teleologică ce lărgeste cuprinsul realului, adăugându-i o nouă formă de existență, care nu putea să apară de la sine, ci numai prin obiectivarea unui subiect capabil de invenție și realizarea, de născocire și intruchipare. Proces dinamic, prin care iau ființă valorile culturale, creația este o ipostază privilegiată a muncii, mai exact munca îndrumată de harul înnoirii, în afara tiparelor și modelelor des repetate, munca din care se nasc alcătuirii materiale sau spirituale noi, originale, prin care omul și lumea lui dobândesc o dimensiune în plus. Prin analogie antropomorfizantă cu strădania creatoare a subiectului, gândirea de inspirație religioasă consideră întregul cosmos drept rezultat al unui act de creație, săvârșit, în virtutea unor puteri supranaturale, de către demiurgul divin, prin a cărui voință lumea se intrupează din neant. Perimat sub aspect filozofic, acest punct de vedere se regăsește însă și astăzi într-o formă atenuată în acele concepții care privesc creația umană drept rezultat al unei inspirații revelate subiectului de către transcendență. Din rîndul viziunilor extremiste privind mecanismul secret și forțele motrice ale creației, se detașează, pe de o parte, teoriile intelectualiste, iar pe de altă parte, teoriile subiectivist-voluntariste și iraționaliste, pentru care creativitatea este un act de absolută spontaneitate, stîrnit, în mod subit și imprevizibil, de forța factorilor absoliți,

inconștienți. În realitate, creativitatea este condiționată social-istoric de stadiul evoluției materiale și spirituale a societății, care interfierează în mod stimulator sau inhibitor cu potențialul de creativitate al fiecărei personalități, al cărei prag de performanță este condiționat de factori de ordin biologic, psihologic, și educațional. În funcție de specificul fiecărui domeniu de activitate, precum și de trăsăturile individuale ale fiecărei personalități, în orice act de creație interacționează, în proporții diferite, spontaneitatea și elaborarea, conștiința, luciditatea și inspirația, rațiunea și emoționalitatea, intuiția empirică și rigoarea teoretică etc.

716. CREDIBILITATE (cf. lat. *credibilis* „credibil”) ● Coeficientul de veridicitate sau de plauzibilitate, cu funcție persuasivă, al unui discurs sau al unei relatări, depoziții, mărturii sau povestiri. Problema credibilității se pune cu acuitate în practica psihiatrică și judiciară, datorită atitudinilor „de fațadă” (disimulare, simulare, parasimulare etc.), adoptate conștient sau inconștient de către bolnavii psihici sau de către delicvenți, în scopul obținerii unor beneficii sau al înducerii în eroare a organelor de justiție și procuratură. Rolul experților psihiatrici și judiciari constă în stabilirea gradului de credibilitate a relatărilor cazurilor examinate. În determinarea valorii de adevăr, în psihiatrie se recurge — mai ales în cazul unor personalități dizarmonice: psihotici paranoiaci, nevrotici isterici și hipochondriaci — în afara interviului clinic, condus abil de către specialist, la o serie de examene, ca examenul psihologic, ancheta socială, examene biologice sau explorări funcționale.

Gradul de credibilitate se stabilește prin coroborarea rezultatelor, urmărindu-se concordanța dintre informațiile (subiective) furnizate de pacient și cele procurate prin tehnici și metode de teren și laborator (date obiective). În psihodiagnoză, pentru aprecierea gradului de încredere ce se poate acorda unui test, este de mare importanță cunoașterea coeficientului de fidelitate, prin care se înțelege consistența rezultatelor obținute de același subiect, cu prilejul examinărilor succesive (cu același test sau cu unul echivalent). Între rezultatele obținute prin aplicarea testului la același subiect în mod repetat, trebuie să existe o corelație de cel puțin 0,75/0,94, coeficient înalt de corelație), pentru ca testul să fie fidel.

717. CREDULITATE (cf. lat. *credulus* „credul”) ● Caracteristica unor subiecți de a acorda credit vorbelor, atitudinilor, faptelor altor

persoane, în lipsa unor temeiuri care să justifice această încredere sau chiar în prezența unor dovezi contrare. În multe cazuri, ține de gradul de sugestibilitate al subiectului, alături de forța și valorile reale sau simbolice, cu care sînt investite celelalte persoane. După opinia unor autori, credulitatea, ca fenomen psihopatologic, ar fi apanajul stărilor de deficit intelectual (oligofrenie, demențe).

718. CREMATOFOBIE^(P) (cf. gr. *chremata* „bunuri, avere”; *phobos* „frică”) ● Frică patologică de bani, atît în ceea ce privește manipularea, cît și deținerea acestora. Nu este prea frecventă; se întâlnește în nevroza obsesivofobică, psihastenie, schizofrenie.

719. CREMNOFOBIE^(P) (cf. gr. *cremnos* „abis, prăpastie”; *phobos* „frică”) ● Teama patologică de prăbușirea în prăpastie sau de la înălțimi; constituie corolarul obsesivofobic al personalităților psihastenice, al nevrozii obsesivofobice. Motivată și deci fără a avea un caracter net patologic, teama de prăpastie, adîncimi, apare la indivizi care prezintă un handicap al funcției vizuale.

720. CRENOTERAPIE (cf. gr. *krene* „izvor” și *therapeia* „îngrijire”) ● Utilizarea curei de ape minerale, deși mai rar folosită în psihiatrie, și-ar putea găsi și aici utilizări — după ANGHELUȚĂ, NICA-UDANGIU —, în cazul unor nevroze, în care ar acționa prin efect placebo. Pentru alți autori, termenul are acoperire mai largă, cu referiri nu numai la compoziția chimică a apei, ci și la proprietățile sale fizice → HIDROTERAPIE.

721. CREOSEDIN^(M) Argentina — DCI *Bromazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valențe antidepressive. Trebuie administrat cu grijă la vîrstnici și conducători auto.

722. CREPUSCULAR (cf. lat. *crepusculum* „amurg”) ● Tulburare a conștiinței în care se produce o „obnublare mai mult sau mai puțin accentuată, cu dezorientare și defect consecutiv pe planul ideatei, întretăiată de scurte faze de luciditate relativă” (P. GUIRAUD). Denumirea a fost dată prin analogie cu fenomenul răspîndirii difuze a luminii înainte de răsăritul și după apusul soarelui. Observațiile clinice actuale au conturat tabloul stării crepusculare ca pe o modificare cu aspect „critic” (debut și final brusc) a clarității cîmpului conștiinței, în diferite grade, cu îngustarea sa concomi

tentă, rămânând astfel posibilă efectuarea unei activități automate, deci cu acțiuni motorii coordonate, dar neadecvate în raport cu ocupațiile anterioare ale bolnavului. Față de toată această perioadă (cîteva momente, zile) și de conținutul ei, pacientul va avea o amnezie totală, lacunară sau parțială (depinzind de profunzimea modificării de vigilitate). H. EY descrie experiența crepusculară ca pe un „eveniment prin care se pune realitatea între paranteze”, fiind legată, chiar la un astfel de nivel de destructurare a conștiinței „de unele modalități ale constituției sale” (dramatism, artificialitate, mister). Tematica stării crepusculare simbolizează seismul dezorganizării conștiinței, ca un eveniment care marchează disperarea sau beția orgiacă. Circumstanțele etiologice sînt reprezentate (în ordinea frecvenței) de: epilepsie (temporală); beție patologică; isterie; reacții acute psihogene; boli toxico-infecțioase; hipoglicemie. Subiectul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea organizări delirante sau halucinații, ce se apropie de onirism și „sînt trăite de conștiința metamorfozată ca o modificare a realității” (H. EY), dar care antrenează doar profund subiectul. Starea afectivă poate fi profund tulburată prin exaltare sau angoasă, rezultînd de aici o stare de agitație. Alteori, afectivitatea este neutră, actele și discursul pacientului pîrînd normale la prima vedere, iar obnubilarea fiind puțin vizibilă. La un examen mai atent, se poate constata că automatismele nu sînt în concordanță cu personalitatea bolnavului, în continuitate logică cu perioada anterioară impactului psihotraumatizant; alteori, comportamentul devine anormal: acte bizare, fugi, agitație, crime. În ceea ce privește stările crepusculare isterice s-a observat că întotdeauna elementul confuzional este prezent în tabloul clinic; apar mai ales la sexul feminin și durata lor este variabilă, depășind rareori două săptămîni. LAMPERIÈRE menționează că 25% dintre cazuri pot evolua spre o psihoză delirantă isterică. P. JANET le explică prin existența unei „idei fixe” (eveniment psihotraumatizant, pe care memoria îl reprimă în stare de veghe), generatoare a unei experiențe semiconștiente de depersonalizare și straniețate.

723. CRETINISM (fr. *crétinisme*) ● Tulburare mintală consecutivă mixedemului, manifestată printr-o severă deficiență mintală (idiotie sau imbecilitate), asociată cu prezența gușii, nanism și aspect caracteristic „îmbătrînit” al feței. În secolele trecute, ca și la începutul secolului nostru, afecțiunea avea un caracter endemic. Datorită măsurilor de profilaxie aplicate în

colectivitățile care se alimentează de la surse de apă sărace în iod, practic, afecțiunea nu mai este întîlnită în prezent.

724. CRETOMANIE (cretin + manie) ● Termen căzut în desuetudine, prin care era desemnată asocierea între cretinism și manifestările de tip maniacal, cu satiriazis, exagerarea apetitului sexual.

725. CREUTZFELDT-JAKOB^(B) boală — sin. PSEUDOSCLEROZĂ SPASTICĂ ● Dementă cu progres rapid, care evoluează pe fundalul unei encefalopatii, subacute, cu virus lent, apărînd, de obicei, după 50 de ani. Coexistă în tabloul clinic: tulburări extrapiramidale (rigiditate, mișcări involuntare — mioclonii, diskinezii de opoziție și sincinezii de imitație); tulburări de tip piramidal; tulburări de tip cerebelos; sindrom emisferic localizat parietal sau occipital (forma amaurotică Heidenheim). Ele sînt precedate de stare depresivă și hipomnezie de fixare, și urmate de sindrom confuzo-oniric și comă terminală. Afecțiune, în esență, neurologică prezintă importanță pentru clinicianul psihiatru, prin faptul că debutul este de tipul unui sindrom depresiv, care de abia ulterior se completează cu importante modificări ale funcției mnezice. Primele descrieri anatomo-clinice aparțin lui CREUTZFELDT (în 1920) și lui JAKOB (în 1921), care nu au putut sesiza suportul etiopatogenic, descoperit de GADJUSEK și GIBBS, în 1968 (un virus de tip lent). Evoluția este galopantă și, în cîteva luni, pacientul devine confuz, incapabil de comunicare, stuporos, cu incontinență sfincteriană. Exitusul apare, de obicei, la 2 ani de la debutul bolii. Modificările anatomo-patologice constau din: encefalopatie spongioasă, cu distrofie glioneuronală (distrugerea neuronală prin vacuolizare citoplasmatică, celule necrotice restante, astrogliază fibroasă și formarea de plăci). Aspectul electroencefalografic este relativ specific: complexe trifazice sau scurte bufee de unde lente, care se succedă în mod regulat. Incidența bolii este foarte redusă (0,4—1,9 la un milion), iar aproximativ 10% din cazurile care apar au o determinare familială. Se cunoaște un singur mod posibil de transmitere interumană, prin transplant de cornee.

726. CRIESTEZIE/CRIOESTEZIE (cf. gr. *kryos* „frig” și *aisthesis* „senzație”) ● Termenul a fost creat de DIEVLAFOY pentru a desemna frilozitatea (teama de frig), care reprezintă fie o sensibilitate crescută la frig, fie resimțirea senzației de frig în absența stimulilor exteriori (temperatura fiind normală). Patogenia include

o dereglare a termoreglării în cazul hipersensibilității la frig sau dereglarea termocenes-teziei în cadrul apariției nemotivate a senzației de frig. Ambele dereglări au atât o componentă periferică, cât și una centrală, un rol revenind și sistemului nervos vegetativ (mai ales neuro-vascular). Etiologic, criestezia generală poate fi constituțională, printr-o dificultate innăscută de adaptare vasomotorie și termică: subiecții distonic-neurovegetativi, hipersimpaticotonici, nevrotici. Ocazional, ea poate apărea într-o serie de circumstanțe debilitante, toxice sau stresante. În stările de mare tensiune psihică, acompaniate de descărcări masive de catecolamine, criestezia apare prin hipersimpaticotonie. Autointoxicația prin fumat excesiv, la fel ca și tensiunea psihică, determină descărcări catecolaminice. Excesul de droguri vasoconstrictoare (efedrina, amfetamina) poate determina frilozitate. Criestezia poate apărea în urma unui traumatism psihic sau fizic care determină o stare de dereglare momentană a organismului, a reacțiilor psihomotorii. Alte stări de care este legată criestezia: afecțiuni hepatice, afecțiuni renale, hipotensiune arterială, insuficiență cardiacă, anemii, stări consumptive, endocrinopatii. Criestezia limitată la extremități (acrocristezie) este determinată de procese locale, periferice, care scad potențialul circulator local. Tratatul este în primul rând etiologic, atunci când este posibil (boli somatice, evitarea sau aplanarea stărilor tensionale). Tratatul simptomatic se referă la îmbrăcăminte groasă, alcool în mică cantitate, băuturi calde, masaj, gimnastică. Vasodilatatoarele (acid nicotinic) au slabă eficacitate. Se mai aplică vitaminoterapie și, în extremis, piretoterapie.

727. CRIGLER-NAJJAR^(B) boală • Tip de icter enzimatic hepatic, produs de o anomalie a metabolismului bilirubinei, cu transmitere ereditară, care determină apariția precoce a unor semne de suferință neurologică consecutive icterului nuclear. Din primele săptămâni de viață se manifestă tulburări de conștiință (somniațență) și de tonus muscular (hipertonie cu extensia membrilor și opistotonus, mio-clonie, mișcări coreoatetozice și convulsii, tulburări de deglutiție). Evoluția este letală, tratamentul cu fenobarbital și expuneri la soare, sau lumină albastră, sau fluorescență fiind aproape ineficace.

728. CRIMINAL INNĂSCUT (fr. *criminel* și cf. lat. *criminalis*) • Termen lombrosian, învechit, reprezentând o teorie conform căreia anumiți indivizi pot fi considerați delincvenți încă de la naștere; prin ereditate și această teorie care a cunoscut o epocă de glorie efe-

meră, fără să fi fost validată de proba cea mai crudă, cea a timpului. În prezent este abandonată.

729. CRIMINALISTICĂ (cf. fr. *criminaliste* „specialist în criminalistică”) • Știință relativ



Arsène Lupin

tină, greu de definit, fiind constituită dintr-un ansamblu de discipline (biologia, fizica, chimia, antropometria, medicina legală, toxicologia, fenomenologia criminală etc.) care furnizează probe necesare dreptului penal. Constă de fapt în utilizarea metodelor și procedurilor împrumutate din aceste discipline și din diverse tehnologii pentru a stabili probele actului criminal și a-i identifica autorul și pornind de la o metodologie a anchetei, ea se constituie dintr-o adevărată „artă a culegerii de mărturie”.

730. CRIMINALITATE (fr. *criminalité*) • Stare infracțională pe un anumit teritoriu și într-o perioadă determinată. A apărut odată cu împărțirea societății în clase antagoniste, ca urmare a unor cauze socio-economice, politice, morale, specifice fiecărui stat, prezentând și caracteristici diferite de la țară la țară, atât prin amploarea și compoziția delinvenței, cât și ca urmare a diferențelor de încadrare juridică și de stabilire a pedepselor. Criminalitatea legală este exprimată de ansamblul judecăților sau al condamnărilor pronunțate. Criminalitatea aparentă constituie totalitatea infracțiunilor aduse prin diferite mijloace la cunoștința autorităților și este inferioară numeric celei dinții. Criminalitatea reală

Constituie totalitatea infracțiunilor efectiv comise într-un teritoriu și într-o perioadă dată. „Cifra obscură” („neagră”) separă criminalitatea aparentă de criminalitatea reală. Criminologii estimează criminalitatea reală după criminalitatea aparentă și criminalitatea legală. Evoluția societății moderne modifică rata criminalității, în general în sensul unei creșteri. Factorii care influențează această creștere ar fi :

- urbanizarea (treccrea de la societățile agricole la cele industriale) pare să crească criminalitatea, datorită schimbărilor ce intervin în structura societății ? SHAW și Mc KAY (1926) constată creșterea delincvenței juvenile la orașe, cele mai frecvente manifestări fiind proxenetismul, delictul contra moralei etc. ?
- deplasarea populației antrenează o deș gradare a structurilor de grup tradiționale prin părăsirea ambianței originale. fapt observat la sfârșitul secolului al XIX-lea de JOLY în Franța, confirmat recent într-un studiu efectuat la Amsterdam de către VAN der BRINCK ? emigrăția într-o altă țară ar avea potențialul criminogen cel mai mare ?
- schimbarea compoziției etnice a populațiilor ?
- alcoolul și stupefiantele sînt factori criminogeni bine cunoscuți în societățile contemporane ?
- creșterea proporției timpului liber neorganizat, lipsit de activități productive (E. GLUECK într-un studiu comparat pe adolescenți americani găsește în lotul de delincvenți subiecți care își petreceau majoritatea timpului liber la colțul străzii) ?
- libertinajul moral promovat prin orice mijloc (educațional, mass-media etc.) crește criminalitatea.

731. **CRIMINOGENEZĂ** (cf. lat. *crimen* ? gr. *genesis* „producere, naștere”) ● Studiul mecanismelor generind acte delictuale (mecanisme biologice, psihologice și sociale).

732. **CRIMINOLOGIE** (fr. *criminologie* ? cf. lat. *crimen* ? gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Domeniu interdisciplinar care are ca obiect criminalitatea. Studiază diferitele aspecte ale crimei și criminalilor, precum și tendințele criminale ale omului (cauze, context, psihologie criminală, prevenție, remedii etc.). Într-o perspectivă integratoare, criminologia este considerată ca știință ce studiază infracțiunea ca fenomen social (E. FERRI). M. LAIGNELL-LAVASTINE și V. STANCIU consideră crimi-

nologia ca studiul „complet și integral al omului, cu preocuparea de a cunoaște cauzele și remediile activității sale antisociale”. Aportul psihiatrilor la dezvoltarea criminologiei începe cu PINEL și CABANIS. ESQUIROL considera criminalul un bolnav mintal care poate fi tratat ? LOMBROSO a descris în lucrarea „Omul criminal” (1876), tipuri de criminali, studiind aspectele sociale ale criminalului și raportul epilepsiei cu delincvența. În această perioadă, MAGNAN, LEGRAIN și DUPRÉ susțin teoria unei perversități constituționale în etiologia crimei și caracterul criminogen al perversiunilor sexuale, al alcoolismului și toxicomaniei. PENDE și DI TULLIO descriu tipologii criminale. TARDE, în „Criminalitate comparată”, studiază implicarea mediului social al subiectului în criminalitate, dar primul care a pus bazele științifice ale sociologiei crimei a fost DURKHEIM.

Psihanaliza a fundamentat (prin FREUD, ADLER, FREIDELANDER, LAGACHE) o criminologie specifică. Teoriile moderne sînt de origine psiho-sociologică (SUTHERLAND, SELLIN) și susțin importanța dezvoltării unei mentalități criminale la viitorul criminal, subliniind astfel rolul personalității dizarmonice în criminogeneză și devianță. În general. Știință interdisciplinară, criminologia modernă utilizează un larg evantai de metode de investigare a persoanei, a grupurilor și sistemelor sociale de la metode clinice pînă la metode sociologice. DRAGOMIRESCU observă că psihosociologia aplicată comportamentului deviant își găsește unul din domeniile de aplicare în criminologia și sociologia comparată.

733. **CRIO-** (cf. gr. *kryos* „frig”) ● Element de compunere care introduce în termeni noțiunea de frig.

734. **CRIOFOBIE^(P)** (cf. *crio-* ? gr. *phobos* „frică”) — sin. **CHEIMOFOBIE^(P)** ; **PSICROBIE^(P)** ● Teamă excesivă și nejustificată de frig ? ca și în alte fobii de tip cantitativ, acuratețea raportului justificat/nejustificat este cel care o diferențiază și o definește.

735. **CRIPTOGENETIC** (cf. gr. *kryptos* „ascuns” ? *gennetikos* „care generează”) ● Termen care desemnează o cauzalitate necunoscută. În nosologia psihiatrică sînt încă multe entități a căror etiologie rămîne criptogenetică (epilepsia, psihozele halucinatorii cronice etc.).

736. **CRIPATOMNEZIE** (cf. gr. *kryptos* ? *mnaomai* „a se gîndi la”) ● Evocare a amintirilor inconștiente. RIBOT făcea referiri la exprîmările într-o limbă necunoscută în timpul stărilor

de somnambulism, acea xenoglosie de care bolnavul nu este conștient în stare vigیلă. A fost inclusă de BLEULER în tulburările de memorie la paramnezii (iluzii amnestice), în care subiectul își însușește, ca fiindu-i proprii, idei sau lucrări despre care a auzit sau pe care le-a văzut. Subiectul nu poate fi acuzat de plagiat, deoarece nu face afirmația conștient, deliberat, ci ignorând beneficiile unei asemenea acțiuni. De altfel, acești subiecți se încadrează în patologia psihică gravă: schizofrenii, deliruri sistematizate cronice (paranoice sau parafrenice), demențe traumatice, senile și vasculare (în stadii avansate).

737. CRISTALOFOBIE^(P) (fr. *cristalofobie*; cf. gr. *krystallos* „viață” și *phobos* „frică”) ● Frică patologică, nemotivată, de obiecte din sticlă; nu este frecvent întilnită, nici ca semn izolat și nici în asociere (schizofrenie). Prin extensie, termenul se referă la teama de cioburi (obiecte tăioase de sticlă) și oglinzi (cu încărcătura lor simbolică).

738. CRITCHLEY^(S) sindrom — sin. MUZICOLEPSIE ● Tip de epilepsie reflexă, în care factorul epileptogen este reprezentat de un excitant sonor. Acesta (probabil) declanșează o stare afectiv-emoțională, inductoare la rindul ei a unei crize, de obicei de tip petit mal.

739. CRITERIU (cf. gr. *kriterion* „ceea ce servește la judecată”) ● Principiu orientativ al judecăților de valoare, semn sau indiciu după a cărui prezență sau absență pot fi deosebite limitele polare ale domeniilor de valori: adevărul și falsul, frumosul și uritul, binele și răul. Orice filozofie aspiră, înainte de toate, să definească argumentativ un criteriu ferm al adevărului, prin care să-și întemeieze enunțurile, indiferent de conținutul lor eidetic. Filozofii nu concordă însă în recunoașterea aceluiași criteriu de adevăr; unii optează pentru evidența senzorială (EPICUR, empiriștii), alții pentru certitudinea rațională (raționaliștii); ARISTOTEL și, mai târziu, LEIBNITZ consideră drept criteriu al adevărului principiul non-contradicției; KANT dă drept normă a valorii cunoștințelor, autoritatea constituantă a formelor a priori ale intelectului. Concepțiile iraționaliste fac apel la spontaneitatea discriminatorie a forțelor obscure ale sufletului omnesc — intuiția, pasiunea, iubirea, comprehensiunea etc. Varietatea criteriilor de adevăr propuse și fiabilitatea oricăruia dintre ele reprezintă argumentele principale ale teoriilor sceptice, care neagă posibilitatea de principiu a unui criteriu unic și ferm al adevărului. Materialismul dialectic de-

monstrează că orice criteriu valoric este condiționat istoric, avind sens și operaționalitate numai raportat la interesele, aspirațiile, idealurile și orizontul eidetic al diferitelor grupuri sociale. Sursa și principalul criteriu de adevăr al conștiințelor este praxusul, chiar dacă acesta nu reprezintă o instanță unică și infailibilă de validare a adevărului; întrucit nu poate oferi condiții pentru verificarea tuturor ipotezelor emise într-un anumit moment, dat fiind caracterul său relativ, concret-istoric. De aceea, materialismul dialectic acceptă, pe lângă criteriul practicii sociale, și alte criterii de adevăr: concordanța cu principiile formale ale logicii, acordul cu legile naturii și cu anumite sisteme de invarianți.

740. CRITERIU DIAGNOSTIC/PROGNOSTIC (cf. gr. *kriterion*; *diagnosis* „acțiunea de a discerne”) ● Apariția și acceptarea noțiunii de criteriu în diagnostic a reprezentat „finalul așa-numitului *fler clinic*”; ceea ce era evident pentru unii devine la fel de clar pentru toți. Apărut din necesitatea definirii cit mai exacte a bolii, în vederea asigurării unei unități de concepție pentru compararea rezultatelor diferitelor studii clinice, a ușurinței de comunicare între diferite școli, diagnosticul cunoaște în ultima vreme o netă tendință spre standardizare. Elementele de semiologie, evoluție, prognostic, caracteristicile personalității premorbide, nivelul funcționării profesionale și sociale devin criterii diagnostice sistematizate în liste sau scheme. Valoarea operațională a acestor criterii este net perceptibilă și vizează certitudinea de a depista totdeauna aceeași entitate, indiferent de cel ce operează cu criteriul respectiv și de lotul de bolnavi investigați, precum și calitatea de a evita definirea eronată a altei entități decit cea pe care o definesc (validitatea). Schizofrenia intrunește cele mai numeroase seturi de criterii diagnostice. Primul care a întocmit o astfel de listă sui-generis, unidimensională, limitată doar la simptome cu mare valoare prognostică, a fost E. BLEULER (simptome fundamentale și accesorii) încă în 1911. La fel a procedat K. SCHNEIDER în 1959, când a definit simptomele de primul și al doilea rang, făcând încă un pas înainte prin introducerea ierarhizării și alcătuirea capului de serie al viitoarelor seturi diagnostice. H. EY va descrie, în 1974, un set de criterii diagnostice (cu simptome deficitare și productive) de natură exclusiv psihopatologică.

Toate aceste scheme și criterii sînt unidimensionale și au o valoare pur pragmatică pentru stabilirea diagnosticului.

Tabel nr. XLII

E. Bleuler (1911)	K. Schneider (1959)	H. EY (1974)
<ul style="list-style-type: none"> ● simptome fundamentale : <ul style="list-style-type: none"> ● tulburări ale asociațiilor gândirii ; ● autism ; ● ambivalență ; ● tulburări ale afectivității. ● simptome accesorii : <ul style="list-style-type: none"> ● tulburări de percepție ; ● idei delirante ; ● tulburări funcționale ale memoriei ; ● simptome catatonice ; ● modificarea scrisului și gândirii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● simptome de rangul I : <ul style="list-style-type: none"> ● sonorizarea gândirii ; ● voci contradictorii ; ● voci comentative ; ● percepții delirante ; ● trăiri de influență exterioară corporală ; ● gânduri impuse ; ● simptome de rangul II : <ul style="list-style-type: none"> ● alte halucinații ; ● intuiția delirantă ; ● perplexitatea ; ● sărăcirea afectivă ; ● „distimii” de tonalități depresive și euforice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● simptome deficitare: <ul style="list-style-type: none"> ● sindromul disociativ : <ul style="list-style-type: none"> — tulburări ale desfășurării gândirii și cimpului conștiinței ; — tulburări de limbaj ; — alterarea sistemului logic ; — dezorganizarea vieții afective ; — discordanța psihomotorie. ● comportament catatonic ● simptome productive : <ul style="list-style-type: none"> ● delirul autistic (autismul) : <ul style="list-style-type: none"> — trăirea delirantă ; — elaborarea delirantă secundară.

Primul set care răspunde necesității abordării multidimensionale a schizofreniei este cel conceput de LANGFELDT, în 1960 :

- Întrerupere în dezvoltarea personalității. Debut insidios ; retragerea socială, scăderea randamentului, lipsa personalității, comportament neobișnuit, personalitate schizoidă.
- Dezintegrarea personalității. Pierderea psihotică a contactului cu realitatea, cu prăbușirea sistemului conceptual integrativ individual, însoțită de ambivalență, de realizare, perplexitate, false nerecunoașteri, alienare etc., având cel puțin două din următoarele simptome :
 - modificarea asociațiilor ;
 - modificarea afectelor ;
 - deliruri ;

- halucinații auditive ;
- simptome catatonice.

- Deteriorare progresivă (simptomatologie reziduală persistentă, timp de cel puțin 2 ani).

Actualele orientări încep cu așa-numitele criterii de la St. Louis (FEIGHNER, 1972), care cuprind seturi menite cercetării clinice, pentru 14 afecțiuni psihice, validate prin studii familiale și catamnestic. Setul diagnostic al schizofreniei caracterizează această afecțiune ca o boală cu evoluție cronică, cu durată de cel puțin 6 luni și cu absența la subiect a unei boli afective (discriminare specificată pentru prima oară de K. SCHNEIDER).

- FEIGHNER și alții (1972) Pentru diagnostic sînt necesare :
 - următoarele criterii :

- boală cronică, durând cel puțin 6 luni, cu simptome anterioare evaluării index, fără revenire la nivelul premorbid al adaptării psihosociale ?
- absența unei perioade de simptome depresive sau maniacale, suficiente pentru a fi calificate ca tulburare afectivă sau probabil afectivă ?
- cel puțin unul din următoarele criterii :
 - deliruri sau halucinații fără perplexitate semnificativă sau deorientarea asociată acestora ?
 - productivitate verbală care face comunicarea dificilă, datorită absenței unei organizări logice sau comprehensibile (în prezența stării de mutism decizia diagnostică trebuie aminată) ?
- cel puțin trei din următoarele manifestări, pentru diagnosticul de schizofrenie „sigură”, respectiv două, pentru diagnosticul de schizofrenie „probabilă” :
 - autism ?
 - adaptabilitatea socială sau profesională premorbidă slabă ?
 - istoric familial de schizofrenie ?
 - absența alcoolismului sau abuzului de droguri în anul dinaintea debutului ?
 - debut înaintea vârstei de 40 ani.

ASTRACHAN și alții (1972) elaborează simultan NEW HAVEN SCHIZOPHRENIA INDEX (NHSI), validat prin studii încrucișate asupra unei mari varietăți de loturi de subiecți, provenind din diferite medii sociale.

- NEW HAVEN SCHIZOPHRENIA INDEX (NHSI) — ASTRACHAN și alții, 1972 :
 - — deliruri (nespecifice sau altele decât depresive ?
 - halucinații auditive ?
 - halucinații vizuale ?
 - halucinații (altele) ?
 - — gânduri bizare ?
 - autism sau gânduri evident nereale și în neconcordanță cu personalitatea ?
 - modificarea asociațiilor, gândire ilogică, asociații întâmplătoare ?
 - blocaj ?
 - adeviune la concret ?
 - derealizare ?
 - depersonalizare ?
 - Afect inadecvat ?
 - Confuzie ?
 - Ideatie paranoidă (gânduri de autoreferire, suspiciozitate) ?

- Comportament catatonic :
 - excitație ?
 - stupor ?
 - flexibilitate ceroasă ?
 - negativism ?
 - mutism ?
 - ecolalie ?
 - activitate motorie stereotipă.

Setul CSB (CARPENTER, STRAUSS, BARTKO, 1973 sau WHO FLEXIBLE SYSTEM, rezultat din Studiul Internațional Pilot OMS) permite stabilirea flexibilă a diagnosticului cu 4—8 simptome, la alegerea cercetătorului, dintre cele 12 pe care le cuprinde. Setul TAYLOR și ABRAMS (1977), ca și CSB, par cele mai omogene, datorită restringerii spectrului de criterii, în sensul definirii bolii „nucleare”.

- CARPENTER, STRAUSS, BARTKO (CSB), 1973 sau WHO FLEXIBLE SYSTEM : afectat restrins, perspicacitate diminuată, sonorizarea gândirii, relații reduse, deliruri diverse, vorbire incoerentă, afirmații nefondate, idei bizare, deliruri nihiliste, absența trezirii matinale, absența faciesului depresiv, absența relației.
- TAYLOR, ABRAMS (1977) : durata episodului mai mare de 6 luni, conștiință clară, deliruri, halucinații, tulburări formale ale gândirii (verbigeratie, aproximarea cuvintelor, neologisme, baraj, divagații), absența suptei afective, absența semnelor și simptomelor suficiente pentru a pune diagnosticul unei boli afective, absența alcoolismului sau abuzului de droguri în anul precedent sau în episodul index, absența unor semne focale și simptome ale unei afecțiuni cerebro-organice sau a unei boli somatice cunoscută ca fiind responsabilă de schimbări comportamentale semnificative.

Aceste seturi nu satisfac pe deplin și ENDICOTT și alții (1982) au observat rata mică a diagnosticării bolii cu aceste seturi (în pofida validității lor crescute), datorită introducerii criteriului „pierderea suptei afective”, rareori prezent la cazurile noi și chiar la cele vechi, neinternate. Este probabil faptul că prin aceste sisteme sînt identificate numai jumătate dintre cazurile de schizofrenie vera.

Deși nu utilizate frecvent, sînt destul de bine cunoscute seturile RDC (criterii diagnostice pentru cercetare — SPITZER și alții, 1978), precum și setul DSM III (1980).

- RESEARCH DIAGNOSIS CRITERIA (RDC) ? pentru diagnostic sînt necesare ?

- cel puțin două din următoarele criterii, pentru un diagnostic sigur, unul pentru un diagnostic probabil fără a fi luate în considerație dacă apar în timpul unei perioade toxicomane (droguri sau alcool) ori de sevraj :
 - transmiterea gândurilor, „insertia” sau furtul lor ;
 - delirul de a fi controlat sau influențat, alte deliruri bizare sau multiple ;
 - alte deliruri decât cele persecutorii sau de gelozie, durând cel puțin o lună ;
 - orice deliruri dacă sînt însoțite de halucinații de orice fel, pentru cel puțin o săptămînă ;
 - halucinații auditive în care o voce comentează continuu comportamentul sau gândurile bolnavului, sau două sau mai multe voci comentează între ele ;
 - halucinațiile verbale nonafective adresate subiectului ;
 - orice halucinații cu o durată de una pînă la cîteva zile sau, intermitent, de cel puțin o săptămînă ;
 - situații distincte în care tulburarea gîndirii formale este însoțită de afectivitate grosieră, tocită sau neadecvată, de deliruri, sau halucinații de orice fel, sau de comportament profund dezorganizat ;
- unul din următoarele criterii :
 - durata bolii este de cel puțin două săptămîni de la debut pînă la apariția unei schimbări notabile în starea obișnuită a bolnavului ;
 - subiectul a avut o perioadă de boală de cel puțin două săptămîni, în care a întrunit criteriile și semnele reziduale ale bolii, care persistă (exemplu : izolare socială severă, afecte inadecvate sau tocite, tulburarea gîndirii formale, gîndire și experiențe perceptuale neobișnuite) ;
- în nici o perioadă activă a bolii subiectului nu i se întrunesc criteriile pentru manie sau depresie probabilă sau sigură, în așa măsură încît una sau alta să alcătuiască tabloul dominant al bolii.
- DSM III (1980) :
 - cel puțin unul din următoarele criterii în timpul perioadei de stare a bolii :
 - deliruri bizare (conținut evident absurd, fără nici o premisă în realitate), ca idee de a fi controlat, transmiterea gândurilor, gînduri înserate sau furtul gîndurilor ;
 - deliruri localizate corporal, grandioase sau mistice, nihiliste sau fără conținut persecutor sau de gelozie ;
 - deliruri persecutorii sau de gelozie, numai dacă sînt însoțite de halucinații de orice tip.
 - halucinații auditive, în care o voce susține un comentariu continuu asupra comportamentului sau gîndirii bolnavului sau în care două sau mai multe voci conversează între ele ;
 - halucinații auditive în cîteva ocazii, conținînd mai mult decît unul sau două cuvinte, fără legătură aparentă cu starea depresivă sau euforică ;
 - incoerența marcată, pierderea asociațiilor, gîndire marcat illogică, sau marcată sărăcire a conținutului vorbirii, dacă este asociată cu cel puțin unul din următoarele aspecte :
 - afecte șterse sau inadecvate ;
 - deliruri sau halucinații ;
 - componente catatonice sau de alt tip, evident dezorganizate ;
 - deteriorarea față de nivelul anterior de funcționare în domeniile activității profesionale, sociale și autoîngrijirii ;
 - durata : semne continue ale bolii, pentru cel puțin 6 luni, în cursul vieții individului. Perioada de 6 luni include o fază activă, în timpul căreia există simptome din primul grup, cu sau fără o fază prodromală sau reziduală. Faza prodromală constituie o evidentă deteriorare în activitatea anterioară fazei active a bolii, care să nu fie rezultatul unei tulburări de dispoziție ori a unei toxicomanii și implicînd cel puțin două din simptomele enumerate mai jos. Faza reziduală se caracterizează prin persistența, după faza activă a bolii, a cel puțin două din simptomele enumerate mai jos, care să nu fie rezultatul unei tulburări de dispoziție sau al unei toxicomanii. Simptomele prodromale sau reziduale :
 - izolare socială sau abținerea ;

- dificultatea marcată în îndeplinirea rolului de salariat, de cap de familie, student, gospodină etc. (corespunzător statutului social) ;
- component evident ciudat (colecționism de „gunoaie”, solilocvie în public, depozitare inutilă de alimente — „hoarding food”) ;
- evidentă neglijare a igienei corporale și a păstrării ordinii ;
- afect șters sau inadecvat ;
- vorbire digresivă, vagă, hiperelaborată, circumstanțială sau metafizică ;
- ideea inutilă sau bizară, gândire magică (superstițiozitate, clarviziune, telepatie, „al șaselea simț”, alții pot simți sentimentele mele”), idei de supraapreciere sau de relație ;
- experiențe perceptuale neobișnuite (iluzii repetate, sesizarea prezenței unei forțe sau persoane în realitate inexistente).

RDC (Criterii diagnostice pentru cercetare, SPITZER și alții, 1978) este un sistem descriptiv, larg folosit pînă în 1982 în numeroase studii, derivat din DSM II, care prevede pentru schizofrenie două din 8 simptome și o durată de minimum două săptămîni pentru fiecare episod. HAIER (1980) constată o concordanță variabilă, moderată spre slabă, la aplicarea diferitelor seturi menționate la același pacient, concordanța în cadrul unui aceluiași set fiind în general ridicată. Validitatea lor rămîne încă insuficient studiată și este dificil de apreciat în lipsa criteriilor concrete ale adevăratei schizofrenii (ENDICOTT, și alții, 1982), necesitînd noi studii complexe (familiale, catamnestic, de eficiență terapeutică, testare psihologică și analiză factorială), care sînt în curs de realizare. În general, strategia utilizării seturilor pentru schizofrenie depinde de obiectivul cercetării. Astfel, un lot cit mai omogen se obține prin seturile „restrînse” ; dacă necesitățile studiului o cer (studiile epidemiologice, de exemplu), lărgirea lotului spre o relativă heterogenitate se poate realiza prin utilizarea succesivă a unor seturi diferite. Orientarea spre diagnosticul standardizat este un bun cîștigat, prin unificarea limbajului în cercetare și în clinică, dar — așa cum remarcă WILLIAM și SPITZER (1982), vorbind despre setul DSM III pentru schizofrenie — ea nu și-a atins scopul, elaborarea seturilor de criterii diagnostice bazîndu-se pe experiența și cunoștințele limitate ale prezentului. Studiile de validitate își vor spune cu-

vîntul în elaborarea probabilă a unor noi seturi, mult mai operaționale.

● **Diagnosticul computerizat CATEGO (WING și alții, 1974)** utilizează criteriile încorporate într-un program aplicabil profilului simptomatic al pacientului, în scopul obținerii unui ordin de clasificare mai mult sau mai puțin echivalent cu diagnosticul respectiv. Datele obținute prin examinarea stării prezente a pacientului considerată ca o tehnică standard vor constitui informațiile după care va fi pregătit programul. Diagnosticul în sistemul CATEGO se bazează pe existența a trei „clase” de schizofrenie „certă” :

● **Clasa S+** (psihoză schizofrenică)

Simptomele caracteristice :

- furtul sau transmiterea gîndurilor ;
- delirul de a fi controlat ;
- voci discutînd despre pacient la persoana a treia sau comentîndu-i acțiunile și gîndurile ;
- alte halucinații auditive (fără substrat afectiv) ;
- alte deliruri.

Dacă oricare din primele trei simptome sînt prezente, pacientul este automat referit clasei S+ ; la fel, dacă ultimele două simptome sînt prezente.

● **Clasa P+** (psihoză paranoică)

Simptomele principale sînt :

- delirurile (altele decît cele de prim rang) ;
- halucinațiile (altele decît cele auditive). Această clasă se referă la pacienții cu alte deliruri și halucinații decît cele depresive sau expansive, sau cu alte caracteristici decît cele specifice clasei S+.

● **Clasa O+** (alte psihoze — schizofrenia simplă sau catatonică).

Simptomele principale sînt cele caracteristice catatoniei și comportamentului halucinator. Pacienții sînt referiți acestei clase numai dacă nu există alte simptome psihice.

Se specifică alte trei clase de schizofrenie „incertă” :

- **Clasa S?** — voci vorbind direct pacientului (nu despre el), necaracteristice depresiei sau maniei.
- **Clasa P?** — delirurile de persecuție sau referință în absența altor simptome, sau doar deliruri „parțiale”.
- **Clasa O?** — activitate aplatizată, semne specifice de psihoză și schizofrenie, semne ale schizofreniei reziduale.

Criterii pentru prognostic. Criteriile de evaluare a prognosticului în schizofrenie privesc

tabloul simptomatologic, durata spitalizării și, în special, capacitatea de a stabili relații sociale. BROCKINGTON, KEINDELL, LEFF (1978) observă valențe predictive prognostice în cadrul a patru seturi diagnostice (LANGFELDT, RDC, CSB, CATEGO). LANGFELDT elaborează primul set de criterii pentru prognosticul nefavorabil în schizofrenie, iar ROBINS, GUZE (1970) elaborează o listă a particularităților prognostice de lungă durată.

● SCALA LANGFELDT (1960) — adaptată.

<i>Indicatori pentru prognostic favorabil</i>	<i>Indicatori pentru prognostic nefavorabil</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● prezența factorilor precipitanți ; ● debut brusc, violent ; ● simptome cu evoluție scurtă ; ● extroversie ; ● biotip nesemnificativ ; ● combinarea unui număr cit mai mare de criterii. 	<ul style="list-style-type: none"> ● absența factorilor precipitanți ; ● debut insidios (6 luni sau mai mult) ; ● simptome durând 6 luni sau mai mult ; ● introversie ; ● biotip astenic ; ● combinarea unui număr cit mai mic de criterii.

Scala Langfeldt originală nu făcea referiri decât la indicatorii nefavorabili ai prognosticului, iar ultimul punct face referiri numai la combinarea punctelor patru și cinci, care în opinia autorului, ar avea o semnificație mai mare.

● SCALA STEPHENS, ASTRUP, MAGNUM (1966) — adaptată, cu scor de determinare mai mic sau egal cu 6.

<i>Indicatori pentru prognostic favorabil</i>	<i>Indicatori pentru prognostic nefavorabil</i>
1	2
<ul style="list-style-type: none"> ● debut acut (mai mic sau egal cu 6 luni) ; ● prezența evidentă a factorilor precipitanți ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● debut insidios (mai mare decât 6 luni) ; ● absența factorilor precipitanți ;

1	2
<ul style="list-style-type: none"> ● căsătorit (la prima internare) ; ● adaptare socială premorbidă bună ; ● depresie (prezența factorilor depresivi) ; ● absența personalității schizoide ; ● sentimente exprimate de vinovăție (puternice) ; ● confuzie și/sau dezorientare ; ● absența unui QI scăzut ; ● absența aplatizării emoționale ; ● absența eredității schizofrenice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● necăsătorit (internări repetate) ; ● adaptare socială premorbidă deficitară ; ● afectivitate indemnă ; ● prezența personalității schizoide ; ● absența sentimentelor de vinovăție ; ● absența confuziei și dezorientării ; ● prezența unui QI scăzut ; ● prezența aplatizării emoționale ; ● prezența eredității schizofrenice.

SCALA STEPHENS, ASTRUP, MAGNUM originală nu făcea referiri decât la indicatorii favorabili ai prognosticului.

● SCALA ROBINS, GUZE (1970)

<i>Indicatori pentru prognostic favorabil</i>	<i>Indicatori pentru prognostic nefavorabil</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● adaptare premorbidă bună ; ● factori precipitanți ; ● debut brusc (mai puțin de 6 luni) ; ● absența unei isterii familiale de schizofrenie ; ● tulburare de conștiință sau stări oneroide la internare ; ● simptome proeminente ale afectivității ; ● simptome paranoide (dispoziție și idei delirante). 	<ul style="list-style-type: none"> ● adaptare premorbidă slabă (personalitate schizoidă sau paranoiacă) ; ● absența unor factori precipitanți evidențiable ; ● debut insidios (mai mare de 6 luni) ; ● istoric familial de schizofrenie ; ● senzoriu clar (absența tulburărilor de percepție) ; ● afectivitate ștearsă ; ● absența simptomelor paranoide.

În țara noastră a fost elaborată o nouă scală de criterii pentru prognostic, scala TITAN (1985), prezentată acum pentru prima oară în literatură de specialitate, deși a fost deja utilizată în studiul comparativ al tratamentului cu neuroleptice standard și neuroleptice cu acțiune de lungă durată (GORGOS și alții, 1985).

● SCALA TITAN (1985) cu scor de determinare minimum 5

Indicatori pentru prognostic favorabil	Indicatori pentru prognostic nefavorabil
<ul style="list-style-type: none"> ● absența unor trăsături dizarmonice premorbide ? ● adaptare premorbidă bună ; ● absența antecedentelor psihiatrice în familie ? ● debut brusc, violent, evident pentru familie, anturaj și subiect ? ● prezența factorilor precipitanți ? ● prezența tulburărilor de conștiință și de afectivitate la internare ? ● prezența dispoziției și ideilor delirante ? ● prezența unui QI ridicat ? ● răspuns bun la tratament ? ● reinserție socio-profesională bună la parametrii anteriori (sau sensibil egali). 	<ul style="list-style-type: none"> ● prezența unor trăsături dizarmonice premorbide ? ● adaptare premorbidă deficitară ; ● prezența antecedentelor psihiatrice în familie ? ● debut insidios mai mare de 6 luni ? ● absența factorilor precipitanți ? ● absența tulburărilor de conștiință și de afectivitate la internare ? ● absența dispoziției și ideilor delirante ? ● prezența unui QI scăzut ? ● evoluție trenantă ? ● reinserție defectuoasă, inferioară celei anterioare. ?

Scorul minim de 5 este valabil pentru ambele posibilități de prognostic (favorabil/nefavorabil).

741. CRITICĂ (cf. gr. *kritikos* „capabil de a judeca”) ● Demers analitic și interpretativ ce vizează dezvăluirea, explicarea și precizarea limitelor unei forme de activitate umană, întemeind anumite criterii de evaluare a obiectului supus criticii. Principalele forme de critică teoretică sînt :

- Critica filozofică în sens kantian, definită ca demers fundamental, premergător oricărei construcții teoretice, avînd menirea să dezvăluie limitele și valoarea structurilor cognitive ale subiectului epistemic, trasînd astfel granițele care despart cunoașterea autentică de aventurile nesăbuite ale spiritului în teritoriul ce-i sînt principial interzise. Generalizînd metoda critică epistemologică, în „Critica rațiunii pure” (1781), KANT analizează temeiurile și limitele conștiinței morale, în „Critica rațiunii practice” (1788) și ale facultății estetice, în „Critica puterii de judecare” (1790).
- Critica de artă aspiră să dezvăluie specificul și valoarea operelor artistice, în conformitate cu normele specifice fiecărui domeniu estetic, configurînd o ierarhie — relativă și dinamică — a valorilor artistice.
- Critica social-politică vizează limitele istorice, contradicțiile, disfuncționalitățile, simptomele de criză și aspectele inechitabile ale unei organizări sociale date, enunțînd astfel premisele concepțiilor programatice de transformare revoluționară a societății.

În afară de aceste forme de critică teoretică, prin sensul cu care funcționează, în limbajul comun critica reprezintă dezvăluirea defectelor și neajunsurilor.

742. CRITICĂ ÎN PSIHIATRIE ● Considerată ca facultate a individului de a nu accepta fără control ideile care îi sînt prezentate (A. POROT), de a cenzura orice informație pe care o primește din exterior, critica este unul din punctele esențiale în care sistemul relațional al individului se distorsionează în raport cu realitatea.

Lipsa perspectivei critice nu este specifică numai stărilor deficitare, așa cum se considera în mod clasic, fiind evidentă și în demențe sau oligofrenii, unde ia aspectul brutal al tulburărilor de gîndire, ca rezultat al deficitului operațional-logic. Caracteristică a stărilor halucinator-delirante, absența criticii constituie elementul de definire a tulburărilor perceptiv (halucinațiile), și a celor de gîndire (idei delirante). Aceste stări sînt deosebit de rezistente la critica externă, aspect ce indică instituirea unui „bloc ideo-afectiv”, a cărui unitate este scindabilă numai după ameliorarea tulburărilor psihopatologice. Paranoia poate fi considerată o „boală a simțului critic”, care pare crescut față de ideile și faptele ce contravin sistemului delirant, dar este prăbușit față de propriile idei, oricît de absurde ar fi acestea. Faptul că

psihozele afective modifică profund simțul critic vine în sprijinul aserțiunii că „gândim așa cum simțim” (PAMFIL, 1986). Culpabilitatea, ruina, negarea depresivului sau, la polul opus, megalomania și expansivitatea maniacalului, denotă aceeași tulburare (dar cu polaritate diferită) a simțului critic. Anxietatea și fobiile pot fi definite ca frici în care simțul critic este absent. Ideile hipocondriace intră în aceeași categorie de tulburări ale criticii, în care, în ciuda oricăror dovezi și a probei timpului, subiectul își afirmă în continuare boala. Atitudinea critică față de ansamblul normelor sociale, față de interrelațiile firești, care trebuie să caracterizeze raportul dintre indivizi, este absentă sau mult diminuată în cazul toxicomaniilor și al unora dintre dizarmoniile de personalitate (fapt subliniat de clasicii psihiatriei, care considerau acest comportament ca „imbecilitate morală”).

Tulburările criticii sînt implicate ca fenomen psihopatologic și din perspectiva așa-numitei „critici a bolii”, considerată uneori ca un semn important sau o graniță de gravitate. Psihoticul, dementul, deficientul nu au conștiința critică a bolii lor, în timp ce patologia nevrotică prezintă o conștiință critică exagerată în acest sens. Deși nuanțate și deosebit de laborioase, opiniile formulate în legătură cu „critica bolii” nu pot aborda într-un mod tranșant această problemă, care prezintă, după POROT, „o importanță majoră pentru patologia mintală”.

Un ultim domeniu pe care „psihopatologia criticii” îl poate lua în discuție, este acela al modului particular de a aborda o anumită sferă de probleme ale cunoașterii: mentalitatea primitivă, credința în forțe care acționează în afara oricăror posibilități raționale de percepere a fenomenului, comportamentul imitativ, credulitatea sînt, deși se desfășoară în sfera largă a normalului, evidente tulburări ale criticii, deschizînd poarta către patologic.

743. CRIZĂ (cf. gr. *krisis* „distingere, alegere, decizie”) ● Polisemantismul cuvîntului *criză* este el însuși de natură etimologică: în limba greacă veche, „*krisis*” a însemnat inițial a separa, a trece prin sită, a examina cu minuțiozitate, iar apoi a judeca, a decide. Cu valoare terminologică medicală apare în textele hipocratice, referindu-se la echipotențialitate în evoluția unei boli și cu timpul, și-a asumat sensul de manifestare acută, de paroxism, de acces. Termenul are și sensul de ruptură, de răsturnare a unei situații în sens negativ, de pericol sau conflict.

Sub influența școlii anglo-saxone, noțiunea de *criză* a căpătat în psihiatrie noi semnificații,

figurînd ca un mecanism major din punct de vedere al interpretării dinamicii bolii. Criza s-ar defini, după unii autori, ca imposibilitate de acționare atunci cînd există această necesitate (CAPLAN). ANDREOLI definește criza ca o situație convulsivă, în care esența unui conflict, uneori interior și interpersonal, este deja dezvoltată. După MASON, criza survine în situațiile de stress psihic, atunci cînd individul sau familia și-au epuizat resursele și capacitățile de adaptare la o situație nouă. RABKIN, analizînd elementele care determină impactul unui stress asupra individului, le subliniază pe următoarele: dimensiunea evenimentului, resursele personale, natura sistemului socio-familial capabil să ofere un sprijin în timpul crizei. Criza are o dinamică pe care unii autori au încercat să o stadializeze: creșterea tensiunii și disconfortului pe măsură ce răspunsurile obișnuite la stress rămîn fără rezultat și apariția tensiunii și anxietății ca urmare a eșecurilor în tentativa de rezolvare a crizei și schimbarea scopului mecanismelor adaptative, care nu se mai adresează crizei; ci urmărilor ei (anxietate, disconfort); dezorganizări majore, cu destruc-turarea sentimentului de identitate a individului și creșterea numărului de răspunsuri funcționale. Încercările de clasificare a tipurilor de *criză* sînt deosebit de numeroase și sînt în legătură fie cu cauzele *crizelor*, fie cu manifestările crizei. În linii mari, clasificarea etiologică disociază *crizele* determinate de un traumatism fizic sau psihic și *crizele* legate de diferitele faze ale ciclului vital (naștere, copilărie, pubertate, adolescență, evoluția unor boli cronice, moarte). A. HAYNAL și D. SAMITCA afirmă că din punct de vedere al psihanalizei, *criza* decurge dintr-o schimbare economică negativă, din pierderea unei persoane sau a unei imagini ideale a Eului. Criza apare cînd obiectul se sustrage subiectului sau cînd între idealul Eului și Eu apare un conflict.

744. CRIZĂ ADDISONIANĂ — sin. INSUFICIENTĂ CORTICOSUPRARENALĂ ACUTĂ ● Fază evolutivă a bolii, datorată de cele mai multe ori, fie deficiențelor de regim alimentar sau celor survenite în tratamentul cortizonic pe care-l urmează pacientul, fie unei situații care îi agresionează organismul (infecție, traumatism, intervenție chirurgicală etc.). „Aura” constă din creșterea iritabilității și a anxietății, ajungîndu-se la *crize* de panică ce degenerază în sindroame confuzionale, halucinații, fragmente delirante, stupor și chiar *crize* convulsive (pe fondul colapsului). Psihoze de tip schizofreniform, afectiv sau paranoiform sînt mult

mai rare. De menționat sensibilitatea deosebită pe care acești subiecți o manifestă față de hipnotice, în special cele de tip barbituric.

745. CRIZĂ AKINETICĂ DOOSE — sin. CRIZĂ AMIOSTATICĂ ; CRIZA STATICĂ
sin. → PETIT MAL AKINETIC.

746. CRIZA CELEI DE A TREIA ZI → sin. LAZORTHES^(S) sindrom.

747. CRIZE ECLAIRE (CRIZE FULGER) ; CRIZE PROPULSIVE
CRIZE SURSAUT (CRIZE DE TRESĂRIRE)

— sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE ; GIBBS^(B) boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MYOCLONIC JERKS ; NICKKRAMPFE ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP
sin. SALAAM → WEST^(S) sindrom.

748. CRIZĂ EPILEPTICĂ ● Paroxism poli-simptomatic, constând din tulburări motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice, care exprimă o tulburare centrală pasageră cu debut și sfârșit brusc, desfășurare stereotipă, remisie spontană, manifestând o remarcabilă tendință la repetare. Criza (accesul, convulsia) epileptică descrisă clasic se referă la forma cea mai dramatică, în descrierile clinice vechi

(„morbus sacer" al romanilor) : criza „grand mal" sau forma generalizată tonico-clonică, cum apare în clasificările actuale (GASTAUT) ; aceasta asimilează termenul de criză epileptică și alte forme ale bolii, cum sînt episoadele de tip senzorial, psihic etc. (păstrînd caracterele clinice amintite mai sus).

Descrierea unei crize tipice tonico-clonice generalizate (grand mal) include obligatoriu :

- pierderea bruscă a stării de conștiință ;
- contractură generalizată (mai mare de 30 secunde), urmată de cădere ;
- fenomene motorii de tip tonico-clonic ;
- secvența bine stabilită a fazelor.

Următoarele circumstanțe clinice sînt caracteristice bolnavului cu crize epileptice generalizate tonico-clonice :

- nu-și poate povesti criza ;
- prezintă leziuni rezultate în urma căderii brutale ;
- cîteodată își mușcă limba sau are emisie spontană de urină ;
- este confuz sau perplex postcritic.

În rare cazuri, pierderea de conștiință este precedată de manifestări focale, care sînt elemente de cea mai mare importanță pentru diagnosticul de localizare cerebrală :

- secuse musculare localizate ;
- amorțirea rapid ascendentă a unei mîini ;
- impresia de stranietate, de vis trăit, cu perceperea unor mirosuri neplăcute ;
- halucinații vizuale elementare sau complexe.

Stabilirea diagnosticului de criză epileptică presupune escaladarea unor etape care exclud în primul rînd sincopa, cu multiplele sale determinări etiologice, folosind următoarele criterii :

Tabel nr. XLIII

	Criza comițială	Sincopa
<ul style="list-style-type: none"> ● momentul apariției ● postura ● debutul ● aura ● aspectul tegumentelor în criza prezentă ● „stigmat" ale crizelor ● convulsii tonico-clonice ● durata crizei 	<ul style="list-style-type: none"> ● indiferent (zi, noapte — criza morfeică) ; ● indiferentă ● brusc, rapid ● uneori prezentă ● nemodificat ● frecvent ● caracteristice ● mai lungă 	<ul style="list-style-type: none"> ● ziua (extrem de rar noaptea) ; ● ortostatism (doar în sindromul Adam-Stokes poate apare și în clinostatism) ; ● lent, progresiv ; ● totdeauna absentă ● intensă paloare ● excepțional de rar ● absente ● scurtă

Tabel. nr. XLIII (continuare)

	Criza comițială	Sincoapa
<ul style="list-style-type: none"> ● incontinență urinară cu emisie spontană ● stare postcritică ● EEG intercritic 	<ul style="list-style-type: none"> ● frecvență ● alterată (cefalee, somnolență, tulburări de conștiință) ● specific în 80% din cazuri 	<ul style="list-style-type: none"> ● foarte rară ● nealterată (rareori astenie) ● normal

Manifestările critice în epilepsie sint clasificate în :

- Crize localizate :
 - cu simptomatologie elementară :
 - crize localizate cu simptomatologie motorie : crize jacksoniene, adverse, parțiale, continue (sindrom Kojevnikov), posturale, somatoinhibitorii, afazice, fonatorii ;
 - cu simptomatologie senzitivă sau senzorială : crize somato-senzitive; vizuale, auditive, olfactive, gustative, vertiginoase ;
 - cu simptomatologie vegetativă ;
 - cu simptomatologie complexă :
 - crize limitate ;
 - crize cu simptomatologie psihică : tulburări de memorie, stările de vis (dreamy state), rememorări paroxistice, crize ideatorii, instinctivo-afective, psiho-senzoriale (crizele cu iluzii, crizele cu halucinații), crize psihomotorii (automatisme) ;
 - formele combinate.
- Crize generalizate :
 - neconvulsivante (petit mal) :
 - absența ;
 - crize petit mal mioclonic ;
 - crize petit mal akinetic ;
 - status petit mal ;
 - convulsivante (grand mal).
- Alte forme :
 - crize de grand mal din somn ;
 - starea de rău epileptic ;
 - pavor nocturn ;
 - somnambulism.

749. CRIZĂ (de) NERVI ● Termen introdus de BERNHEIM (1913) pentru a deosebi marile crize isterice („isteria de cultură”) de crizele isterice obișnuite (forme minore), isteria vulgară nevropatică sau isteroidă (EY). Crizele de nervi ar fi mai imediat motivate și mai puțin misterioase în desfășurare decît actul panto-

mimic. Faza prodromală este numai schițată, manifestîndu-se fie printr-o dispoziție psihică particulară, „enervare”; „exasperare”, fie printr-o proastă stare somatică (sufocări, strângeri, tulburări de mers și echilibru-sau coordonare). Derularea crizei este mult mai scutră și finalizează de obicei printr-o explozie de lacrimi. Agitația minoră cu tremor, senzația de spasme sau constricții diverse, de sincopă iminentă (care desigur nu se produce niciodată), caracterizează în linii mari acest tablou de un banal dramatism.

750. CRIZĂ (de) ORIGINALITATE JUVENILĂ ● Termen descris de DEBESSE, desemnînd o fază evolutivă a adolescenței, în care subiectul încearcă să-și afirme personalitatea într-un mod ostentativ, în opoziție cu normele sociale.

751. CRIZĂ SUICIDARĂ ● Perioada critică ce precedă îndeaproape actul suicidal. A fost studiată de către o serie de autori, care i-au descris o serie de caractere comune, desemnate de RINGEL sub numele de „sindrom preșuicidar”. La originea acestei faze critice stau cel mai adesea conflicte irezolvabile pentru subiect, care îl conduc la pierderea intereselor sociale, profesionale și familiale. Din punct de vedere fenomenologic, se întîlnesc, după QUIDU, următoarele elemente :

- suspendarea timpului trăit ;
- restrîngerea spațiului vital, cu ruperea progresivă a legăturilor sociale ;
- retragerea în sine și autodevalorizarea ;
- fantasmarea distrugerii.

752. CRIZĂ UNCINATĂ ● Tulburare paroxistică a conștiinței din epilepsia temporală, avînd un conținut psihosenzorial, cognitiv și/sau afectiv. Halucinațiile olfactive sînt de cel mult multe ori neplăcute, fie ele simple (un singur tip de miros), fie complexe (mirosuri de alimente etc.) și sînt considerate patognomice.

pentru originea hipocampică (uncusul) a leziunii (PENFIELD, JASPERS, 1958; ARSENI și colaboratorii, 1974). Halucinațiile gustative (substanțe acide, neplăcute — sînge, puroi etc.) se asociază celor olfactive și indică aceeași localizare (PENFIELD, 1959, 1969; POPOVICIU și ARSENI, 1984). Tulburările de tip dismnezic sau paramnezic sînt reunite și cunoscute sub numele de „dreamy state” (stare de vis), propus de PENFIELD și JASPERS (1954), și constau din proiectarea bolnavului în afara conștiinței proprii, într-o lume stranie, ireală, bizară, care-i generează o puternică stare de anxietate. Alteori, lumea i se pare familiară, avînd sentimente de „dêjà vu”, „dêjà entendu”, „dêjà fait”, „dêjà accompli”, „dêjà vecu” — toate persoanele și obiectele din jur pîrînd cunoscute bolnavului pentru o durată de cîteva secunde (rareori minute). Invers, totul poate deveni înstrăinat, inedit, pacientul avînd sentimentul de „jamais fait”, „jamais accompli”, „jamais vecu”, „jamais entendu”, „jamais vu”. Uneori „trăirea onirică” este fondul dominant al tulburării de conștiință, granițele între real și imaginar fiind greu de definit.

753. **CROMATICE^(B)** halucinații (cf. gr. *chroma* „culoare”) ● Halucinații vizuale, complexe sau scenice, care apar viu colorate. Astfel sînt halucinațiile vizuale din sindromul Charles-Bonnet (cu aspect figurat, viu colorate), în sindromul halucinator al delirului oniric, paranoid, în halucinoza Lhermitte.

754. **CROMATOFOBIE^(R)** (cf. gr. *chroma phobos* „frică”) ● Teamă nemotivată de culori (obiecte colorate), în totalitatea lor sau selective (pentru anumite culori). Se întîlnește în nevroză obsesivă, fobice, psihastenie, dar mai ales în schizofrenie, în care culorile pot căpăta semnificații deosebite, magice.

755. **CROMEDAZINE^(M)** S.U.A. — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilamino-propil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziacelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

756. **CROMESTEZIE** (cf. gr. *chroma*; *aisthesis* „senzație”) ● Simțul cromatic, capacitatea de a percepe culorile.

757. **CROMOFINOM** (cf. gr. *chroma*; *fyona* naște, a crește”) — sin. HIPERNEFRON

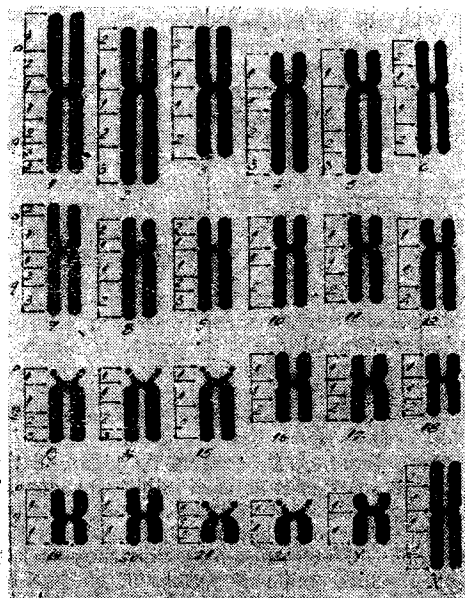
MEDULAR; PARAGANGLION → FEO-CROMOCITOM. sin.

758. **CROMOFOTOTERAPIE** (cf. gr. *chroma*; *phos* „lumină”; *therapeia* „îngrijire”) ● Metodă terapeutică constînd din utilizarea anumitor radiații de lumină colorată, a anumitor părți ale spectrului solar. Principiul metodei se bazează pe efectul de sedare, calmare, sau, dimpotrivă, de producere a neliniștii, agitației, pe care anumite culori îl au. Această metodă, tentant de utilizat în nevroză, este folosită cu mai mult succes în crearea unei ambianțe terapeutice, decît în tratamentul psihoterapic propriu-zis.

759. **CROMOZOM** (cf. gr. *chroma*; *soma* „corp”) ● Corpuscul filiform cu sediul în nucleul celular, constituit din acid dezoxiribonucleic și histone, ca substanțe specifice. Acidul dezoxiribonucleic este organizat în dublu helix, la care se află genele, așezate cap la cap. Menținerea poziției de dublu helix se realizează cu ajutorul proteinelor (histone), care însă nu intervin în transmiterea genetică. Din punct de vedere genetic, cromozomul reprezintă un grup ligatural de gene (grup linkat). Cromozomii sînt clar vizibili în fazele diviziunii celulare. Probele morfologice, biochimice și genetice demonstrează identitatea cromozomilor cu purtătorii materialului ereditar. Morfologia și numărul cromozomilor variază cu specia. În general, toate celelele unui organism și ale organismului de aceeași specie au același număr de cromozomi, denumit număr somatic. La om, numărul de cromozomi este de 46. Celulele somatice au un număr diploid de cromozomi (23 perechi), iar gameții au un singur set, sînt haploizi, deci au numai 23 de cromozomi, dintre care 22 autosomi și un cromozom sexual (X în ovul, X sau Y în spermatozoid). În procesul de fecundație, prin unirea celor doi gameți se reface numărul de cromozomi caracteristic speciei. În timpul diviziunii celulare, între cromozomi poate avea loc un schimb de material genetic, numit crossing-over, ceea ce contribuie în mare măsură la heterogenitatea genetică. Pe de altă parte, genele plasate pe același cromozom se transmit la descendenți în bloc, ceea ce constituie fenomenul de linkage.

Unități genomice modificabile prin mutații sau recombinări genetice, cromozomii umani variază morfologic la persoane genotipic normale. Morfologic, cromozomii prezintă două perechi de brațe (cromatide), care se unesc la nivelul centromerului. Perechile de cromozomi au

fost clasificate după un sistem standard (Conferința de la Denver, 1960), în funcție de lungimea brațelor și poziția centromerului. Analiza numerică și structurală a cromozomilor constituie cariotipul.



Morfologia cromozomială

760. **CRONIC** (fr. *chronique* ; cf. gr. *chronos* „timp“) ● Evoluția naturală îndelungată a unei boli, sindrom sau simptom ; nu se poate preciza însă cu exactitate o graniță temporală în raport cu evoluția acută, care este totdeauna mai scurtă. După EY, evoluția cronică a unei boli psihice presupune continuitatea simptomelor în timp și afectarea durabilă a activității psihice. Noțiunea nu precizează nici intensitatea simptomelor, nici caracterul lor ireversibil. În ordinea gravității afectării funcțiilor psihice, în categoria bolilor psihice cronice sînt incluse (după același autor) : nevrozele, psihozele delirante cronice, schizofreniile, oligofreniile și demențele. Tratatamentul psihotrop modern a modificat mult evoluția acestor afecțiuni, deseori persistînd numai riscul potențial al cronicizării, în urma unui tratament incorect efectuat. Alteori, se cronicizează numai anumite simptome din tabloul psihopatologic,

fiecare afecțiune avînd particularitățile sale evolutive.

761. **CRONIC**^(D) *delir* ● Concept nosografic dezvoltat mai ales de școala franceză, avînd la bază, alături de aspectul clinic, pe cel evolutiv, care caută să grupeze o serie de entități cu următoarele caractere comune : „debutul la vîrsta adultă, evoluția cronică fără deficit de tip schizofrenic a personalității“ (GINTESTET, CHEVALIER).

Istoria frămîntată a acestui concept are un punct de referință important în descrierea din 1854 a lui LASÈGUE și FALRET a „delirului cronic cu evoluție progresivă“. Evoluția acestor deliruri era concepută ca fazică : perioada de analiză subiectivă, perioada halucinatorie (de explicare a stării), perioada de transformare a personalității (megalomania), perioada de mențiere (foarte tardivă) — BAULT. LANTERILAURA consideră că acesta a fost momentul unei „resurecții clandestine a monomaniilor“. Recunoscînd importanța acestor entități pentru gîndirea psihiatrică, trebuie remarcat faptul că în realitatea clinică pe care ele o îmbracă, indiferent de denumirea ce i se dă, limitele între delirurile cronice și cele schizofrenice sînt, în unele cazuri (ca în parafrenie sau în psihozele halucinatorii cronice), aproape imperceptibile. Unele școli de psihiatrie, cum este cea americană, clasifică marea majoritate a delirurilor în categoria schizofreniilor, rezervînd termenul de boli paranoide numai pentru delirurile sistematizate nehalucinatorii. Această evoluție la care aderă și FOVILLE nu corespunde tuturor delirurilor cronice, iar posibilele interferențe cu schizofrenia sînt evidente. Nici contribuția lui MAGNAN, care vorbește despre „deliruri cronice cu evoluție sistematică“ (1892), nu reușește să stabilească un cadru adecvat. Folosînd același criteriu, cel evolutiv, școala germană va separa, prin KRAEPELIN și BLEULER, la începutul secolului al XX-lea, afecțiunile cu evoluție deficitară (grupa schizofreniilor) de psihoza maniaco-depresivă, paranoia și parafrenia. Un ultim pas în fundamentarea delirurilor cronice îl fac tot psihiatrii francezi, care subîmpart delirurile cronice după mecanismele „prevalente“ ce stau la baza lor : interpretarea, imaginația, halucinația și automatismul mintal (SERIEUX, CAPGRAS, BALLETT, DUPRÉ, LOGRE, CLÉRAMBAULT).

H. EY face o încercare de excepțională valoare conceptuală în prezentarea unui model complet, care să pornească de la „masa naturală a delirurilor“, către o viziune nosologică :

Tabel nr. XLIV

Masa delirurilor	Secolul XIX	Kraepelin	Școala franceză	Orientări actuale
Delir fantastic fără dezintegrare 1	Monomanie 5	Paranoia 9	Delir de imaginație 13	Paranoia 15
Delir sistematic 2		Parafrenia sistematică și fantastică 8	Delir de interpretare 12	
Delir cu dezintegrare 3	Delir cronic evolutiv 4	Parafrenia confabulatorie și expansivă 7	Psihoze halucinatorii cronice 11	Schizofrenia 14
		Forme paranoide ale demenței precoce 6	Schizofrenia 10	

762. CRONICITATE (cf. gr. *chronos* „timp”)
 ● Pierderea capacității unui bolnav de a-și duce viața în mod autonom, cu necesitatea consecutivă a supravegherii sale medicale continue și a unor tratamente de întreținere. BOUCHUT (1857) apreciază drept unic criteriu al cronicității durata bolii (peste 42 zile), probabil într-o aceeași viziune simplificatoare în care HIPPOCRAT considera că bolile acute se vindecă pînă în ziua a 14-a de evoluție (MAUREL, CHAMINADE). BONNAFÉ, cu un secol mai târziu, vorbește însă despre necesitatea tratamentului de susținere în cazul bolnavului cronic și are meritul de a nu identifica cronicitatea cu incurabilitatea.

Cronicitatea constituia elementul definitoriu al bolnavului psihic (chiar înainte ca ea să fi fost definită) în perioada prenosologică a psihiatriei. În mesajele sale adresate parlamentului; Maria de MEDICI (1612) recomandă „închiderea sârmanilor” bolnavi incurabili în „casa milei” (binecunoscutul substantiv „pitié” însemnând însă și „sentiment de dispreț, desconsiderare”). Edictul lui LUDOVIC al XIV-lea, din 1656, confirmă înființarea „Spitalului General” (ce cuprindea „La grande pitié” și „La petite pitié”, Sainte-Pélagie, Bicêtre „Micul Arsenal”, numit și La Salpêtrière și alte stabilimente azilare) în care urmau să fie „depozitați” șase mii de bolnavi cronici suferinzi de diferite afecțiuni, ceea ce reprezenta probabil 1% din populația Parisului (Le GUIL-

LANT, BONNAFÉ, MIGNOT, 1964). Patru ani după acest edict bolnavii psihici sint separați în subsolurile de la Bicêtre, cei agitați fiind izolați în 44 de boxe ale Spitalului Petites Maisons întrucît tulburau liniștea celorlalți azilari. Spre mijlocul secolului al XIX-lea ESQUIROL (1838) deplîngea statutul acestei specii de bolnavi citind un istoric care vorbea de „prizonierii de la Charenton” (MERCIER, 1788) cu cinci ani înaintea revoluției lui PINEL.

Caracteristică evidentă și naturală a unei întregi categorii de boli — generic și depreciațiv „nebuie” — incurabilitatea lor profundă (pînă la urmă numită „cronicitate”) a devenit secole de-a rîndul dogmă a condiției azilare, adevărat factor de regres terapeutic și stagnare a cunoașterii lor științifice. ESQUIROL vorbește de „convalescenți” psihici și de „vindecarea imperfectă”, la trei decenii după ce PINEL (1809) reflecta asupra „principiilor umanității” necesare „alienaților” nu numai pentru „reprimarea” tulburărilor lor de comportament, ci și pentru protejarea acestora de opinia publică defavorabilă. Așa cum arată Le GUIL-LANT și colab., revoluția pineliană, care renunță la identificarea cronicității cu condiția azilară afirmă principii care rămîn valabile și pentru gîndirea psihiatrică actuală: instituția psihiatrică ca instrument de vindecare, nocivitatea unor factori de mediu sociofamiliar, valoarea nosografiilor pentru aplicarea tratamentului specific. Psihiatria contemporană aplică

măsurii teogenetice și profilactice complexe (biologice, psihoterapeutice, de integrare socio-profesională și familială) în cadrul unor unități cu profil diferențiat (spital, unități semiambulatorii și ambulatorii) tocmai în scopul reducerii și modificării caracterului de cronicitate al evoluției bolilor psihice. Dacă în 1925 CAPGRAS constată cu surprindere (la dispensarul de profilaxie mintală Henri-Rousselle, unde lucra) capacitatea unor „deliranti cronici” de a trăi liberi în societate fără a-i compromite ordinea publică și securitatea persoanelor, venind singuri la consultații periodice, astăzi tratamentele de întreținere cu neuroleptice depozit în condițiile dispensarizării sînt un fapt obișnuit. Conținutul noțiunii de cronicitate s-a schimbat radical de la dogma evului mediu la etapa contemporană odată cu cea de a doua (introducerea neurolepticilor) și a treia revoluție psihiatrică (cura de întreținere ambulatorie) și în care se depun pretutindeni eforturi susținute pentru diversificarea măsurilor de recuperare a bolnavului schizofren, afectiv, dizarmonic, nevrotic. Terapiile cognitive în schizofrenie și depresii, tratamentele de întreținere cu săruri de litiu și neuroleptice depozit, recuperarea combinată prin mijloace ergoterapice, psihoterapice de grup, socio-terapice realizează astăzi o profilaxie terțiară eficientă. Se delimitează astăzi disfuncții sociale cronice prin boală psihică, componente care se succedă sau întrepătrund în evoluția bolii: disfuncția „psihopatologică”, urmare directă a simptomatologiei psihotice specifice și consecința acesteia, „sindromul declinului social” (breakdown syndrom), ci dezadaptare socială marcată, care ar afecta cu durată mai mare de un an 10% din psihotici (1980, GRUENBERG). Realitatea clinică a noțiunii de cronicitate a devenit astfel mult mai nuanțată, prin cunoașterea evoluției stadiale a bolilor și a prognosticului, permițînd un mare număr de proceduri terapeutice menite să-i asigure o continuă ameliorare.

763. **CRONIL^(M)** Italia — DCI *Etilureea*
 ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etil-crotonil)ureea, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și în medicina psihosomatică. Efectele secundare sînt practic absente și are o bună toleranță.

764. **CRONOAGNOZIE DINAMICĂ** (cf. gr. *chronos* „timp” și *gnosis* „cunoaștere”)
 ● Tulburare specifică schizofreniei, descrisă de psihiatrul sovietic A. SOGAM (1965), constînd în incapacitatea subiectului de a aprecia ritmul propriilor acțiuni. Această tulburare

nu este în legătură cu dezvoltarea afectivă (așa cum se întîmplă în manie sau în depresie) și nici cu numărul de greșeli făcute (așa cum se întîmplă în sindroamele organice, în care percepția subiectivă a timpului este legată direct de numărul de greșeli pe care subiectul le face în executarea acțiunii). Această tulburare, la fel de neobișnuită ca și restul simptomelor schizofrenice, poate fi pusă relativ ușor în evidență.

765. **CRONOATAXIE** (cf. gr. *chronos* și *ataxia* „dezordine, confuzie”) — sin. **ATAXIA TIMPULUI** ● Pierderea sentimentului scurgerii timpului. Se observă în talamotomie, în sindroamele confuzionale și confuzo-onirice, cele mai „spectaculare” fiind cele induse de halucino-gene, sindromul Korsakov. Subiectul nu mai are conștiința duratei, neputînd să facă aprecieri asupra dimensiunilor temporale, trăiește numai în prezent, trecutul și viitorul neputînd fi proiectate în plan subiectiv, datorită bulversării memoriei, atenției, gîndirii logice.

766. **CRONOFOBIE^(M)** (cf. gr. *chronos* și *phobos* „frică”) ● Teama intensă, trăită dureros și parțial lucid, față de trecerea timpului. Se întîlnește în nevroza obsesivă, fobică, anxioasă, la personalități psihastenice. La bătrîni devine justificată și inteligibilă. Este semn (mai ales la femei) de hipertrofie a Eului narcisiac. Nu este întru totul identică cu „semnul urgenței” sub care unele personalități accentuate își pun întreaga activitate.

767. **CRONOGENEZĂ** (cf. gr. *chronos* și *genesis* „naștere”) ● Capacitatea ființei umane de a percepe timpul și de a constitui conceptual ideea de temporalitate și este de interes direct pentru psihiatrie, dar și pentru alte științe: etnografie, etnologie, lingvistică. Cronogeneza, intuiția timpului, a preocupat un șir lung de gînditori, începînd cu KANT, FICHTE, HEGEL și SCHOPENHAUER și continuînd cu SPENCER și, mai ales, cu BERGSON. Fenomenologia, prin HUSSERL, MINKOWSKI, BINSWANGER, MERLEAU-PONTY și, mai nou, TATOSSIAN dar și unele curente de psihiatrie, au pus în evidență raportul timp-conștiință, devenirea ca experiență.

Pentru nou-născuți, prima „percepție” temporală se realizează prin așteptare. Ritmarea meselor în funcție de foame și satisfacerea nevoii de hrană creează prima interferență a ritmului biologic cu ritmul lumii. După aceasta apare și ritmul nictemeral. Apariția la trei luni a zîmbetului, ca răspuns la vederea feței adultului, presupune schițarea unei memorii.

Din luna a șasea, copilul este capabil de conduite care se repetă sau nu, în funcție de eșec sau reușită. După opt luni, copilul își recunoaște mama, o așteaptă până revine, refuzând contactul cu persoane străine. Se integrează astfel, mintal pentru prima oară, legătura timp-memorie. Creșterea orizontului spațial și cucerirea treptată a spațiului din afara leagănu-lui, prin încercările de deplasare, fac posibilă integrarea senzorială a acțiunii. Apariția limbajului la 15—18 luni, învățarea interdicției și stăpânirea tot mai sigură a acesteia, conduce la începutul stăpânirii temporalității, a ordonării în realitatea până atunci dezordonată sub aspect cronologic. Formarea limbajului conduce la ideea de succesiune. În povestiri apare mai întâi viitorul, apoi trecutul. Către al patrulea an de viață, încep să fie stăpânite unele noțiuni de timp social, iar în anul următor organizarea zilelor în raport cu viitorul, prezentul și trecutul. Povestirile apar organizate în raport cu axa timpului. La 7 ani, copilul capătă noțiunea de măsurare a timpului cu ceasul și de egalitate a orelor. La 9 ani controlează trăsăturile principale legate de timp, fără a percepe însă timpul ca o abstracție. Adolescența este perioada în care stăpânirea noțiunii abstracte a temporalității devine posibilă.

768. CRONOPATOLOGIE (cf. gr. *chronos* ? *pathos* „experiență” ? *logos* „cuvânt, discurs”) ● Capitol nou al medicinei, care studiază dereglarea proceselor bioritmice ale organismului. Deoarece un fenomen bioritmicității se poate caracteriza prin periodicitate, amplitudine și armonizare cu alte bioritmuri, tulburările pot fi clasificate în :

- tulburări ale periodicității : dispariția, accelerarea, încetinirea sau alterarea regularității ritmului (disritmie) ;
- tulburări ale amplitudinii : creșterea sau scăderea ei ;
- defazarea bioritmurilor, determinând decajae între ele, cu păstrarea periodicității și amplitudinii.

De obicei se întâlnește un amestec al celor trei tipuri de dereglări, în diferite proporții. Tulburările de ritm cardiac sînt cele mai frecvent observate în clinică. Bioritmurile hormonale și tulburările lor constituie, în prezent, un capitol mai bine explorat al cronopatologiei. O ritmicitate proprie s-a observat în psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie, epilepsie, insomnii și hipersomnii.

769. CROOKSHANK^(B) sindrom ● Formă de mongolism, caracterizată printr-o displazie pectală (pliu de flexie palmar unic, cu degete

în furcă) însoțită de manifestări psihice similare cu cele ale bolii Langdon-Down.

770. CROUSON^(B) boală — sin. **DIS-OSTOZĂ CRANIO-FACIALĂ EREDITARĂ** ● Tablou clinic caracterizat de un „*plurium degenerativ*”, interesind în special conținutul și conținătorul extremității cefalice : deformarea craniului și a feței, atingeri ale nervilor cranieni I, II, VII, VIII, însoțite de hidrocefalie, epilepsie și debilitate mentală pronunțată. Etiologia este neelucidată.

771. CRYSTOSERPINE^(M) S.U.A. — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

772. C-TRAN^(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NA-POTON^(M)**.

773. CUADÉL^(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

774. CUAIT D^(MC) Brazilia ● Produs terapeutic conținând trei medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementază :

- **TRANLYCIPROMIN^(M)** — timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic (IMAO) ;
- **TRIFLUOPERAZIN^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Acțiune antidepressiv-sedativ-anxiolitică.

775. CUANTIFICARE (fr. *quantifier, quantification*) ● Operație importantă în metodologia științei, constînd în introducerea determinațiilor cantitative în definirea și exprimarea conceptelor științifice. Prin cuantificare, studiul calitativ al fenomenelor dobîndește un plus considerabil de precizie și vigoare ; calculul numeric al informațiilor empirice, posibil prin stabilirea unor corespondențe funcționale între gradele diferitelor proprié-

tăți investigate și numere, permite o descriere exactă a faptelor supuse observației, formularea unor ipoteze clare și verificarea lor riguroasă prin intermediul experimentului modern.

În logică, termenul desemnează operația de determinare cantitativă a domeniului de obiecte la care se referă expresiile proporționale, prin intermediul unor operatori numiți cuantori-universal (care indică faptul că un predicat se afirmă ori se neagă despre toți indivizii unei clase de obiecte) sau existențial (care indică faptul că există cel puțin un obiect din clasa respectivă căruia i se atribuie ori i se neagă un anumit predicat).

776. CUBURI^(T) test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KOHS^(X) test.

777. CUIB GOL^(S) *sindrom* (engl. *empty nest*) ● Situație cu care femeia este confruntată odată cu îndepărtarea copiilor care își formează propriile lor familii. Descrisă mai ales de autorii anglo-saxoni (deoarece în societatea americană această situație este mai pregnantă), golirea casei, decăderea din rolul deosebit, de mamă, fac ca timpul femeii să pară el însuși golit de sens (GANGALOS-CAILLARD). Convergența altor factori stressanți, cum ar fi riscul mai crescut de boală și moarte al părinților și rudelor, datorat îmbătrânirii, scăderea contactelor sociale, dezinvestirea sexuală a lumii, menopauza, pot agrava evenimentele pînă la dimensiuni psihologice catastrofale. Patologia reactivă și suicidul sînt tulburările psihice cele mai frecvente ale acestei vârste.

778. CULLEN William (1710—1790) ● Medic englez de numele căruia se leagă introducerea limbii engleze în locul celei latine în universități (1755—1756), ca și introducerea termenului de nevroză (1776), prin care înțelegea un „complex de afecțiuni ale sentimentului și mișcării, fără febră și fără leziuni descoperite ale organelor”. În 1785 lucrarea sa privind clasificarea bolilor va fi tradusă în franceză, iar în 1800 PINEL o va recunoaște ca sursă de inspirație pentru „nosografia filozofică”.

779. CULPABILITATE^(D) *delir* (fr. *culpabilité*; cf. lat. *culpa* „vină”) — sin. AUTOACUZARE^(D) *delir* \rightarrow AUTOACUZARE.

780. CULPABILITATE — *sentiment* (fr. *culpabilité*) — sin. VINOVĂȚIE ● Situație în care un individ recunoaște săvîrșirea unei greșeli, a unei abateri de la o lege, de la o datorie, se recunoaște deci vinovat, acest fapt implicînd uneori fie dorința de a-și remedia greșeala, făcută, fie acceptarea penitenței. Individul poate avea însă și sentimentul de a fi greșit,

de a se fi abătut de la un nivel moral individual și/sau colectiv, în afara unei greșeli obiective.

În psihopatologie sentimentul de culpabilitate apare în stările depresive, melancoliforme, în cadrul simptomatologiei deteriorante, cînd subiectul își recunoaște vini absolut imaginare, autoacuzîndu-se și autopedeșindu-se (uneori chiar prin autoagresiune, suicid). FREUD și ABRAHAM au tentat o explicație psihanalitică a fenomenului, punînd accentul pe conflictul care apare între Supra Ego și dorințele sexuale, mai ales în faza oedipiană. Culpabilitatea este reală, dar sentimentul patologic de culpabilitate este adesea inconștient. M. POROT descrie „sindromul de culpabilitate al supraviețuitorului” ca formă de culpabilitate inconștientă, resimțită de cei care au supraviețuit dispariției comunității din care făceau parte. Acestui sindrom WIEDERLAN îi atribuie următorul mecanism inconștient de gîndire: „eu trăiesc și ei sînt morți, deci ei au fost sacrificați pentru mine”. Sentimentul de culpabilitate trebuie diferențiat de cel de inferioritate, ce are alt mecanism de producere.

781. CULTURĂ (lat. *cultura* „cultivare, îngrijire, educare”) ● În sens originar — lucrarea pămîntului (agricultură), reprezentînd în esență, transformarea naturii din starea ei primară într-un mediu organizat în concordanță cu cerințele omului, societății. La CICERO și HORATIU, termenul dobîndește semnificații noi, cu prelungiri în gîndirea modernă, care dă culturii înțelesul de prefacere, formare și dezvoltare prin educație a facultăților sufletești, destelenirea darurilor înnăscute ale fiecărui individ și ștefuiră lor pînă la dobîndirea relevanței și rafinamentului spiritual. Acesta este și astăzi sensul cel mai frecvent al culturii în limbajul curent. Sub aspect teoretic, însă, termenul se dovedește polisemic și controversat, primînd o mare varietate de semnificații. Într-o lucrare de considerabilă erudiție, „Cultura. O examinare critică a conceptelor și definițiilor”, A. KROEBER și C. KLUCKHOHN trec în revistă peste 150 de definiții ale culturii. Sub această diversitate derutantă se întrevăd totuși cîteva semnificații esențiale:

- Totalitatea valorilor spirituale ce alcătuiesc conștiința socială a unui context istoric determinat, ansamblul creațiilor de ordin mitico-religios, filozofic, științific, literar-artistic, ludic etc., prin care o societate își edifică propriul său nivel spiritual, îmbogățînd realul și nemijlocirea sa indiferentă cu o lume sui-generis de simboluri și artefacte,

în care se intruchipează inventivitatea și creativitatea omului ca subiect căutător de ordine și sens. Definită astfel, cultura se corelează cu civilizația, înțeală ca domeniu al achizițiilor materiale prin care societatea modifică și umanizează, cu ajutorul tehnicii, mediul natural.

- Într-o accepțiune mai cuprinzătoare, cultura desemnează totalitatea produselor materiale și spirituale prin care societatea se constituie și se dezvoltă ca strat ontic distinct — lumea omului cu tot ceea ce cuprinde ea, ca rezultat al muncii și creației umane. În fenomenologia culturii — care studiază specificul ontic și structura intimă a fenomenului cultural raportat la întregul ființei — cultura stă în opoziție cu natura : realul nemijlocit, primordial și independent față de intervenția modelatoare a acțiunii conștiente, premeditate a omului. Naturalul se înfățișează într-o dublă ipostază — pe de o parte ca mediu cosmic ce oferă resursele producției materiale, pe de altă parte, ca alcătuire biologică a omului însuși. Cultura înseamnă detașare, prin muncă și creație, de formele primare ale naturii, transformarea mediului natural într-o lume populată de artefacte, supusă din ce în ce mai mult tehnicii, adecvată nevoilor sociale și, în același timp, înălțarea spirituală a omului care, prin progresul culturii accede la natura sa umană, deschizind și lărgind orizontul unui strat ontic superior, în care firescul se regăsește nu în indiferența virginală a naturii primordiale, ci în pecetea de neșters pe care truda generațiilor o lasă din ce în ce mai adânc în lumea exterioară, ca și în firea lăuntrică a omului.
- În etnologie și morfologia culturii, care pun accentul pe trăsăturile ce particularizează și diferențiază creațiile valorice ale diferitelor comunități umane, privity sincronice, cultura semnifică ansamblul condițiilor de viață, al instituțiilor, moravurilor, obiceiurilor și produselor spirituale, privity din unghiul de vedere al specificității lor inconfundabile și în acest context, termenul de civilizație este interpretat fie ca un sinonim al culturii, fie ca domeniu al acesteia. În „Declinul occidentului”, O. SPENGLER definește civilizația ca stadiu final, de scleroză, senilitate și descompunere a culturii, secătuită de forța creatoare pe planul valorilor spirituale și

cristalizată în reproducerea mecanică a bunurilor materiale.

- Filozofia culturii aspiră să depășească neajunsurile disjunțiilor artificioase între cultură și civilizație, privityndu-le ca fațete complementare ale creativității sociale, cultura fiind definită ca totalitatea valorilor create într-un context istoric, pe cind civilizația se referă la difuzarea și integrarea acestora în modul de viață, în comportamentul și orizontul spiritual al oamenilor din societatea respectivă.

782. **CULTURALISM** (cf. lat. *cultura*) ● Curent înscriindu-se în teoriile sociale asupra personalității, care pune accentul pe rolul factorilor de mediu socio-culturali în organizarea psihologică. Culturalismul subliniază presiunea pe care „povara culturală” o are în generarea personalității. O serie de autori care au aderat la acest punct de vedere sînt H.S. SULLIVAN, E. FROMM și K. HORNEY, iar opinii asemănătoare au avut W. REICH și A. ADLER. Respingînd teoria freudistă, culturaliștii găsesc drept sursă a angoasei conflict primordial care opune Eului constrîngerile culturale. H. S. SULLIVAN descrie o angoasă de bază care este însușită precoce de copil prin empatie. Un alt tip de angoasă este generat de nevroza de securizare din partea anturajului. Pentru a evita dezaprobarea, copilul se va conforma în mod voluntar așteptărilor care există față de el și-și va refuza tendințele contrarii normelor culturale, comportîndu-se în așa fel încît să capete înțelegere și susținere. FROMM clasează sursa angoasei la interferența nevoii de independență, opusă celei de aprobare. El afirmă că idealurile de libertate, justiție, adevăr sînt date innăscute ale omului, ca ființă „înainte de toate socială”, și nu „sublimării”, așa cum susține freudismul clasic. Agresivitatea este, cel mai adesea, în perspectiva culturalistă, consecința frustrărilor de origine socială. Accentul pe care culturaliștii îl pun pe teoriile unor experiențe frustrante, și nu pe aspectele fantasmatiche ale conflictelor, a atras critici vehemente din partea unor antropologi de orientare psihanalistă. Critica cea mai întemeiată pare cea legată de negarea dimensiunii inconstiente a personalității.

783. **CUNILINGUS** cf. lat. *cunnus* „sexul femeii” și *lingere* „a linge”) ● Perversiune heterosexuală, constînd în obținerea de satisfacții sexuale prin tușeu lingual al clitorisului și labiilor mici. În cazul practicării în condiții de homosexualitate, poartă denumirea de safism.

784. CUNN⁸ semn → BENOIT-AMAT^(S) sindrom.

785. CUNNINGHAM-PINTNER^(T) test
 ● Baterie de inteligență pentru copiii preșcolari, elaborată în 1932 (revizuită în 1947) de către CUNNINGHAM-PINTNER, care cuprinde trei variante (A, B, C), fiecare incluzând cîte șapte teste referitoare la : identificarea de obiecte comune (animale, plante, etc.) ; discriminarea și identificarea de diferite obiecte care se pot asocia ; completarea de lacune ; reproducerea unui desen după model etc. PINTNER și PATERSON au elaborat o baterie non-verbală, cu direcție asemănătoare.

786. CUNOAȘTERE (lat. *cognoscere* „a cunoaște”) ● Formă specific umană de reflectare rațională, proces complex, dinamic și contradictoriu, prin care individul își însușește aparența și accede la esența obiectelor, proceselor și fenomenelor, construind, verificînd și corectînd modele mintale ale realității obiective. Natura contradictorie a realității reflectate determină complexitatea și dinamismul dialectic al cunoașterii, în care se împletesc, într-o arhitectonică din ce în ce mai elaborată, momente, forme și procese complementare. Nivelul cunoașterii perceptive se realizează prin contactul direct, nemijlocit cu realitatea dată, prin senzații, percepții și reprezentări, ca fenomen sau aparență. Operînd cu noțiuni, categorii, judecăți, raționamente, construind ipoteze și sisteme argumentative, cunoașterea rațională deschide accesul la dezvăluirea treptată a esenței obiectelor și fenomenelor reflectate, clarificînd structura și legitățile obiective prin care sînt posibile existența și devenirea lucrurilor. Discernabile în reflecția epistemologică și în studiul psihologic al ontogenezei subiectivității, cele două trepte sau niveluri ale cunoașterii nu sînt niciodată net delimitate, ci interacționează într-o necesară unitate, variabilă fiind doar ponderea diferitelor acte cognitive în impletirea lor organică. Cunoașterea este intim asociată cu limbajul, care este consecutiv terapiei raționale. Limba și diferitele sisteme de semne și simboluri obiectivează rezultatele cunoașterii, făcînd posibilă comunicarea, generalizarea lor la scară socială și acumularea de cunoștințe odată cu succesiunea generațiilor, astfel încît experiența speciei umane nu se rezumă la mecanismul biologic al eredității, fiind permanent îmbogățită prin elaborarea și conservarea valorilor culturale.

În funcție de mijloacele, instrumentele și strategiile utilizate în procesul de investigare și elucidare a diferitelor componente sau aspecte ale realității, cunoașterea poate fi empirică și teoretică. Cunoașterea empirică se bazează pe experiență, definită ca interacțiune directă, senzorial-perceptivă (sau mijlocită de instrumente și aparate) între subiect și obiect. Prin observație, descriere, clasificare etc. cunoașterea empirică este o culegere de informații privind proprietățile exterioare ale obiectelor, avînd acces la sesizarea unor regularități repetabile în desfășurarea diferitelor procese și serii de evenimente. Cunoașterea teoretică aspiră să descopere explicația fenomenelor observabile, sesizînd prin intermediul gîndirii esența acestora, structura internă, cauzele și legăturile care guvernează diferitele domenii ale realității. Metodele principale pe care le utilizează cunoașterea teoretică în prelucrarea datelor furnizate de cunoașterea empirică sînt analiza și sinteza, inducția și deducția etc. Diversitatea inepuizabilă a realității și multiplicarea istorică a fațetelor spiritualității umane determină adîncirea treptată a diferențierilor între cunoașterea comună și cea științifică. Prin cunoașterea comună se înțelege reflectarea spontană a realității de către conștiința vieții cotidiene, la nivelul „bunului simț”, avînd un accentuat caracter empiric și fiind mai mult sau mai puțin robită unor prejudecăți tributare aparențelor. Cunoașterea științifică este sistematică, ordonată reflexiv, întemeiată metodologic, expusă argumentativ și specializată pe diverse domenii. Cunoașterea științifică contemporană se îndepărtează tot mai mult de evidențele banale ale „bunului simț”, contrazicînd stereotipia schemelor mintale derivate din experiența cotidiană. Utilizînd un limbaj propriu, inaccesibil conștiinței comune, știința contemporană tinde progresiv către o matematizare tot mai accentuată, valorificînd resursele unor metode teoretice noi, cum sînt formalizarea, axiomatizarea, modelarea etc. Fațetele suigeneris ale realului se dezvăluie cunoașterii artistice, în care se reflectă lumea raportată la simțirea, imaginația și aspirațiile omului și exprimată în limbaje specifice fiecărei arte, această formă de cunoaștere se realizează prin intermediul imaginilor artistice, în care se integrează sensibilul și raționalitatea, abstractul și concretul, generalul, particularul și individualul, contopite în jocul inefabil al formei care se înfățișează și al sensurilor pe care aceasta le sugerează.

Din antichitate și pînă astăzi, în reflecția gnoseologică s-a manifestat înclinația tenace de absolutizare a uneia sau alteia dintre treptele sau formele cunoașterii. Dezvăluind natura dialectică a procesului cognitiv, materialismul dialectic scoate în evidență unilateralitatea concepțiilor empiriste, care privilegiază rolul inducției și al experienței senzorial-perceptive, ca și exagerările raționalismului, care investește numai deducția și argumentarea abstractă ca forme valide, autentice de cunoaștere. Totodată, gnoseologia marxistă se detașează critic atît de contemplativismul dogmatic, conform căruia subiectul receptează pasiv adevăruri definitive, inalterabile, cît și de apriorismul agnostic care evidențiază rolul activ al subiectului în elaborarea cunoștințelor, cu prețul negării caracterului reflectat al cunoașterii. În concepția materialist-dialectică, cunoașterea este o reflecție aproximativ exactă și mereu perfectibilă a realității, realizată prin intermediul tuturor facultăților cognitive ale subiectului și printr-o mare varietate de strategii metodologice, puterea omului de a pătrunde în esență lucrurilor neavînd limite definite, prescrise a priori. Factorul fundamental în filogeneza și în ontogeneza facultăților de cunoaștere ale subiectului (generic sau individual) îl constituie practica social-istorică, activitatea cu finalitate adaptativă prin care, înfruntînd realul, omul își perfecționează continuu capacitatea de a-l înțelege, controla și stăpîni, conform nevoilor și intențiilor sale. Practica reprezintă izvorul, forța motrice principală, criteriul de verificare și scopul cunoașterii. Cu toate acestea, rolul practicii nu trebuie absolutizat din nici un punct de vedere; pentru că practica este un criteriu relativ al adevărului; pe de altă parte, nu orice progres al cunoașterii, nu orice invenție, descoperire sau creație spirituală decurge nemijlocit din necesitățile practice, avînd menirea de a soluționa aceste necesități.

787. CUNOȘTINȚĂ (de la cunoaștere și cf. lat. *cognoscere*) ● Idee sau noțiune despre un obiect, fenomen, proces, etc., considerată ca fiind adevărată sau certificată. Adevărul nu se identifică cu cunoștința, din punctul de vedere al unui individ, pentru că acesta s-ar putea să nu știe dacă acea cunoștință este sau nu adevărată. În sensul cel mai larg, cunoștințele reprezintă totalitatea achizițiilor științei la un moment dat. Cunoștințele au, mai ales în contextul epocii contemporane, o dinamică accentuată de îmbogățire și reînnoire, stimulată de dezvoltarea procesului de cunoaștere și a practicii umane. Din punctul de vedere al

originii lor, cunoștințele pot fi sensibile, rezultat al simțurilor, și conceptuale, obținute prin deducție. Primele sînt cunoștințe intuitive, celelalte cunoștințe discursive. După gradul de obiectivitate cu care reflectă obiectul la care se referă, cunoștințele pot fi: clare, confuze sau obscure.

Factorul individual își spune cuvîntul în însușirea, acumularea și folosirea volumului de cunoștințe, acestea fiind proporționale cu nivelul de inteligență, dar și de instruire, al individului.

788. CUPIDITATE (fr. *cupidité*; cf. lat. *cupiditos* „pofță, aviditate”) — sin. PLEONEXIE ● Acumulare impulsivă și disproporționată în raport cu necesitățile, de bani și de valori în absența unui scop practic. Reprezintă o deplasare a unor pulsuni agresive nesublimatate (MICHAUX). Apare la personalități hiperperseverente și la personalități dizarmonice impulsive (însoțind uneori comportamentul lor antisocial), pasiv-agresive, precum și ca simptom tranzitor, uneori cu valoare de simptom-semnal, la debutul fazelor maniacale. Însoțind tahipsihia și modificările expansive ale gândirii (proiecte delirante grandioase, care necesită pentru realizarea lor mari sume de bani).

789. CURĂ DE DEZGUST (fr. *cure*; it. *cura*; cf. lat. *cura* „grijă, îngrijire”) → AVERSIUNE.

790. CURĂ NEUROLEPTICĂ ● Tratament susținut, de lungă durată, cu neuroleptice, necesar pentru remiterea sau ameliorarea afecțiunilor psihotice. Clasic, cura neuroleptică se desfășoară în următoarele etape:

- Faza de atac constă în introducerea treptată, în doze crescînde, pînă se atinge doza terapeutică necesară, în funcție de toleranța individuală. Neurolepticul incisiv asigură acțiunea asupra nucleului psihotic. În funcție de corolarul simptomatic asociat celui de bază (psihotic), se asociază un neuroleptic sedativ necesar controlării agitației, impulsivității, anxietății, reducerii riscului suicidar. Neurolepticul sedativ este administrat repetat din oră în oră, pînă la obținerea sedării. Asociații constînd în mai multe neuroleptice sau neuroleptice (NL) cu hipnotice, anxiolitice, antidepresive sînt puțin recomandate, pentru că realizează un cumul de reacții adverse și de antagonizare. Faza de atac are o durată

de 3—8 zile (în funcție de vârsta individului), frecvența administrării fiind de 3—4 doze pe zi. În toată această perioadă este necesară menținerea clinostatismului. Atingerea dozei terapeutice necesare atrage după sine apariția, în această fază, a efectelor secundare neurovegetative și psihice.

- Cea de a doua fază este cea a menținerii în platou a dozei de neuroleptic stabilită în faza anterioară, având drept scop stabilirea efectelor terapeutice definite. Durata acestei faze este de aproximativ 6—8 zile, perioadă caracterizată prin scăderea duratei somnului, diminuarea intensității fenomenelor psihotice (mai ales a celor productive), creșterea dinamogenezei și intensificarea treptată a hipokineziei și akatiziei
- Faza terapeutică, al cărui început se situează la aproximativ două săptămâni după începerea tratamentului cu NL, este cea în care se stabilesc, prin tatonare progresivă și precăută, dozele minime de NL necesare menținerii efectului terapeutic maxim. Se reduc întâi dozele la NL sedativ și apoi cel incisiv. În această fază, prin diminuarea sedării și a asteniei, este posibil ca subiectul să părăsească patul, deși se menține un nivel scăzut al dinamogenezei, precum și prezența unei stări psihice de indiferență pînă la apatie. Își fac apariția efectele secundare prinseps ale tratamentului neuroleptic: sindromul parkinsonian neuroleptic, retenția hidrică, sindromul galactoree-amenoree, tulburări de dinamică sexuală.
- Faza tratamentului de întreținere, menită să realizeze prevenirea sau temporizarea recidivelor psihotice, se desfășoară pe o perioadă îndelungată. În această fază NL incisiv se administrează în cursul dimineții, pentru a evita apariția insomniei prin akatizie. Doza zilnică reprezintă aproximativ 50% din cea utilizată în faza menținerii în platou. NL sedativ se administrează în una sau două prize în a doua jumătate a zilei, cit mai aproape de perioada vesperală pentru a induce somnul. Se recomandă menținerea aceluiași NL, evitînd schimbarea lui sau asocierea cu alte NL sedative decît cele stabilite în cursul curei. Consecvența cu care pacientul își urmează tratamentul se poate depista în prezența efectelor secundare minore existente. Această fază se caracterizează prin aso-

cierea măsurilor chimioterapice cu cele psihoterapice, socioterapice, urmărind integrarea sociofamilială a bolnavului. Clasic se admite că după apariția unui episod psihotic este necesară terapia neuroleptică de întreținere timp de un an, după două episoade — 2 ani, iar după trei episoade — nedefinit. Majoritatea autorilor contemporani consideră că 80—90% din schizofreni necesită un tratament pe termen lung, oprirea (mai ales intempestivă) tratamentului favorizînd apariția recăderilor. Întreruperea tratamentului de către bolnav din proprie inițiativă este ea însăși un semn al recăderii psihotice (negativism).

791. CURĂ PSIHANALITICĂ — sin. CURĂ TIP ● Modalitate concretă prin care terapia de tip psihanalitic acționează în sensul dorit — restructurarea personalității subiectului. Cura își propune cunoașterea progresivă a dinamicii psihologice inconștiente a pacientului. Această tehnică a fost întemeiată de FREUD, pornind de la studiul hipnozei și sugestiei. Suferind aceleași conceptualizări progresive ca și teoria psihanalitică, cura tip, în forma ei actuală, este legată de teoria topică a celor trei instanțe ale psihismului. Simptomatologia nevrotică este considerată, din acest unghi de vedere, ca expresie simbolică în viața conștientă, sub forma compromisului mai mult sau mai puțin eficace și adaptat, a conflictelor dintre forțele de reprimare a dorințelor și cele care le deschid accesul la nivelul conștient. Concepția energetică și dinamică referitoare la forțele care conduc viața psihică presupune că o cantitate importantă de energie se consumă pentru menținerea acestui echilibru, în defavoarea unei maturități psihosexuale normale. În acest context, rolul terapeutului este de a întări Eul subiectului, permițîndu-i eliberarea unei cantități de energie utilă maturării afective. Cura se bazează metodologic pe noțiunea de transfer-proiecție asupra persoanei psihanalistului, a conflictelor infantile cu părinții, generatoare de sentimente iraționale. Folosit ca element dinamic, transferul este dirijat de psihanalist în realitatea așa-numitei „nevroze de transfer”. Cu această ocazie mecanismele de apărare ale subiectului se accentuează, dînd naștere așa-numitelor „rezistențe”, care sînt analizate și interpretate în toate fazele primare. Rezolvarea și ștergerea nevrozei de transfer constituie ultima fază a curei, în care subiectul se detașează de psihanalist, conflictele și interdicțiile parentale sînt estompate, iar maturizarea afectivă întreruptă

își reia evoluția. Protocolul curei este standardizat pentru a permite derularea optimă a acesteia. Regula fundamentală impune exprimarea de către subiect, la fiecare ședință, a ideilor și senzațiilor sale, lăsând liber jocul asociațiilor. Subiectul, în clinostatism, nu va avea posibilitatea să vadă psihoterapeutul care conduce ședința. La rindul său acesta va adopta o atitudine de strictă neutralitate, refuzând orice fel de relații cu subiectul în afara curei. Cura progresa pe două căi : cea a analizei materialului psihologic oferit de pacient (idei și imagini, amintiri, visuri, lapsusuri, fantasme etc.), pe care psihanalistul îl interpretează, și aceea a analizei experiențelor trăite în cursul curei. Metodă dificilă în realizarea practică, durind 2—5 ani, cu o ritmicitate a ședințelor de pînă la patru pe săptămînă, cura psihanalitică își limitează mult indicațiile, cel puțin în cadrul acestor parametri. Nevrozele (cele bine alese) rămîn totuși domeniul de elecție : nevroza anxioasă, nevroza fobică, de eșec, obsesională, tulburările sexuale nevrotice. Indicații extinse (mai mult din considerente teoretice) sînt dizarmoniile de personalitate, în special cea isterică, nevrozele obse-sive grave. Tulburările psihosomatice, toxicomaniile, perversiunile sexuale, rămîn în principiu în afara indicațiilor de cură.

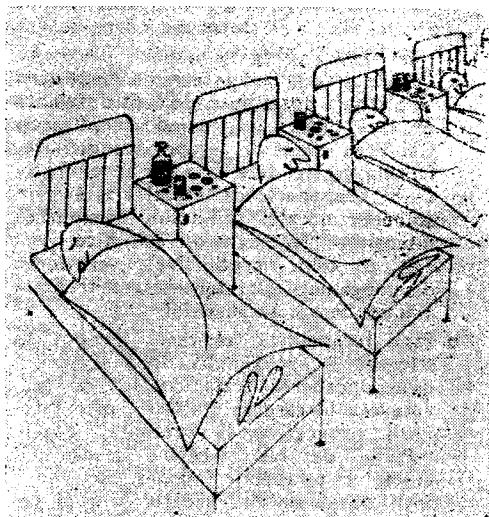
Alt grup de criterii de elecție este legat de datele personale ale subiectului : vîrsta sub 50 de ani (după unii autori, chiar sub 40 de ani), existența unui Eu destul de puternic și structurat, capacitatea de fantasmare și de verbalizare .

792. CURĂ SAKEL → INSULINOTERAPIE.

793. CURĂ SANATORIALĂ ● Metodă aparținînd complexului de măsuri specific profilaxiei secundare a nevrozelor și tulburărilor nevrotice ce evoluează în cadrul altor afecțiuni psihice, bazată pe folosirea influenței benefice a factorilor climatici (aeroterapie, peisajoterapie etc.) și balnear. Unitățile de asistență medicală amplasate în condiții de altitudine mică (600—1 000 m) și mijlocie (1 000—1 800 m), dotate cu aparatură medicală și personal instruit corespunzător; stau la dispoziția bolnavilor nevrotici care se află la finalul curei terapeutice propriu-zise (efectuate la nivelul unităților semiambulatorii sau în secții cu paturi). Cura sanatorială consolidează, de cele mai multe ori, ansamblul terapeutic necesar nevroticului pentru o bună readaptare la nivel socio-familial.

794. CURĂ (de) SOMN ● Metodă de terapie biologică, bazată pe efectul anxiolitic și repara-

toriu al somnului, constînd din obținerea unui somn discontinuu, de profunzime variabilă ca durată, de la cîteva zile la cîteva săptămîni. Promotorul tehnicii de somnoterapie este elvețianul KLAESI, care, în 1922, obține un



somn profund cu durată de 24 de ore, timp de 4—5 zile, folosind barbituricele pe cale parenterală. Efectul obținut era brutal, iar posibilitatea apariției accidentelor grave (de tip comă, paralizie oculară, confuzie, deshidratare, hipertermie) era ridicată. Această metodă a fost remaniată, în 1943, de autorii sovietici, în conformitate cu teoria pavlovistă. Oricare ar fi tehnica folosită, aplicarea curei trebuie precedată de un examen clinic general, necesar efectuării bilanțului somatic și excluderii bolnavilor cardio-vasculari, hepatici, icterici, renali, astmatici, tuberculoși, vîrstnici. Dacă totuși cura de somn este imperios necesară unui astfel de bolnav, ea va fi asociată cu terapia de susținere a funcțiilor vitale. Pe toată perioada efectuării curei, bolnavul va fi urmărit clinic, iar funcțiile vitale vor fi monitorizate. Pentru desfășurarea curei este necesară obținerea consimțămîntului pacientului (terapeutul va da explicațiile necesare) și găsirea momentului propice pentru începerea ei. Cura se aplică în camere în care să existe o cît mai bună izolare senzorială, camere individuale sau comune pentru 5—7 bolnavi, care încep și termină cura în același timp trecînd simultan prin aceleași faze (BONNEVAL și PREMONTIE, FAURÉ).

Cele mai folosite droguri pentru obținerea somnului, în toate tipurile de cură, sînt barbi-

turicele și neurolepticele, mai puțin hipnoticele nebarbiturice (de tip avertină, cloral, paraldehydă). Barbituricele cu durată medie de acțiune (neambutal, etil-metil-butil-malonil-uree) sînt mai bine tolerate decît cele cu durată mare de acțiune (fenobarbital, gardinal, fenil-malonil-uree) care, pe lingă dezavantajul proastei toleranțe, îl au și pe acela al acumulării lor. Cele mai folosite NL sînt cele din grupul fenotiazinelor (clordelazina, prometazina, tioidazina, levomepromazina, trifluoperazina), cărora li se pot asocia butirofenonele (haloperidol, triperidol). Utilizarea NL impune asocierea medicației adjuvante pentru evitarea efectelor secundare: antiparkinsoniene, analeptice, colagoge, diuretice, precum și menținerea homeostaziei hidroelectrolitice a organismului. De obicei, se folosesc asociații de barbiturice cu NL în doze medii. Cu efect anxiolitic bun este asocierea NL cu meprobamat. Asocierea opiaceelor este încă o problemă discutată. Autorii francezi (EY) recomandă această asociere în cazurile de anxietate extremă.

Desfășurarea curei medii de somn luată ca prototip în descriere, de majoritatea autorilor moderni, cuprinde trei faze. Prima se desfășoară pe perioada primelor 3—4 zile, în care durata somnului este 10—20 h/zi, perioadă în care au loc o scădere a tensiunii psihice, calmarea, relaxarea, iar trezirea din somn este plăcută. Aceste caracteristici au făcut ca prima fază a curei să fie denumită de „gratificație”. Uneori, ea singură este eficientă și suficientă. Acestei prime faze îi urmează, în desfășurarea curei, etapa de onirism (mai mult sau mai puțin accesibilă observatorului), cu o durată de câteva zile, în care somnul este profund. Este o etapă dificilă pentru subiect, din cauza coșmarilor și, uneori, a stărilor confuzionale și ea necesită intervenția terapeutului, care să asigure prin prezența sa, prin încurajare, liniștirea pacientului. Cea de a treia fază este atinsă odată cu scăderea (bruscă sau progresivă) a dozei de hipnotice, la care se adaugă psihoterapia de susținere (și, după unii autori, opiacee în doze mici), obținându-se relaxarea. Încetarea curei se poate face brusc sau progresiv prin suspendarea somnului diurn și păstrarea celui nocturn. Cură de somn se poate asocia cu alte terapii în afecțiunile psihosomatice, cu tratamentul somatic necesar și cu terapia electroconvulsivantă, numai dacă starea generală a bolnavului o permite și cu monitorizare permanentă a funcționalității cordului și cu antidepresivele, în cazul depresiei anxioase cu risc suicidal, mare. Dintre multiplele variante ale curei de somn menționăm numai câteva:

- Metoda elvețiană de tip Klaesi (narcoterapia): durează 5—6 zile, somnul este profund, obținut prin injectarea intravenoasă de tiopentol (Penthotal), tiamial (Inaction) sau hexabarbital (Evipan) și menținut prin administrarea pe cale rectală, a unui amestec de barbiturice și hipnotice nebarbiturice (amestecul Cloetta). Profunzimea somnului necesită o supraveghere continuă a bolnavului. Către sfîrșitul curei, amestecul Cloetta este înlocuit cu instalații de cloralhidrat.
- Metoda sovietică este mai blindă, cura avînd durată de trei săptămîni, cu o perioadă de somn de 12—15 h/zi și se folosesc barbiturice, în condiții de izolare senzorială. Autorii sovietici pledează și pentru utilizarea (în vederea condiționării somnului a inducerii sau prelungirii somnolenței) unor excitații monotone și ritmice, emise de dispozitive vizuale și/sau sonore, ceea ce permite reducerea dozelor de barbiturice. Sovieticii folosesc cura de somn în stările de epuizare psihică, în sindroamele cortico-viscerale, pentru a obține o punere în repaus a cortexului (conform teoriei pavloviste).
- Metoda franceză este intermediară, față de cele descrise, durînd aproximativ 15 zile, cu o perioadă de somn de 15—20 h/zi și se folosesc mai ales asociațiile medicamentoase care, prin potențare reciprocă, își completează eficacitatea, determinînd o diminuare a efectelor secundare.

Accidente și complicații care pot surveni în timpul curei: cele la nivelul aparatului respirator, extrem de grave, în tehnica inițială a lui KLAESI, sînt reduse în tehnicile moderne și dintre complicațiile hepatobiliare, cea mai frecventă este icterul, apărut după utilizarea clorpromazinei (prin spasmul sfînterului Oddi, colostază), ceea ce impune asocierea la acest tratament a colagogelor și apariția sau reactivarea unei infecții intercurrente la nivel urinar, cutanat sau subcutanat, intestinal și complicațiile vizînd aparatul cardiovascular, sînt legate, mai ales, de tulburările crazei sanguine, conducînd la apariția trombozelor, flebitelor, infarctelor.

Indicațiile curei de somn sînt: stările de anxietate profundă, depresia reactivă (traumatism afectiv, depresie de doliu), sevraju toxicomaniei (în care este justificată administrarea curei de somn profund a lui KLAESI, împiedicînd apariția stărilor de agitație),

depresia melancolică rezistentă la electroșoc și terapie antidepresivă, nevroză cenestopată, afecțiuni psihosomatice (cu amendamentul apropierei cu tratament somatic specific): ulcer gastro-duodenal, hipertensiune arterială, astm, dermatoze, dureri somatice rebelabile la tratamentul antialgic uzual. RECAMIER consideră că, prin cura de somn, se obține o remitere mult mai bună decât prin alte metode, a episoadelor catatonice din schizofrenie.

În ceea ce privește mecanismele psihofiziologice ale curei de somn, părerile sînt împărțite: neurofiziologii pavloviști consideră că eficacitatea curei se datorează deconectării aferențelor corticale, realizîndu-se o inhibiție protectoare contra unei condiționări, sau distrugerii structurilor patologice deja edificate. Pentru alți autori, efectul ar apărea prin acțiunea asupra diencefalului, cu întreruperea legăturilor între „stress” și reacțiile pe care el le guvernează (diencefalul fiind ținta tuturor aversiunilor). Motivația catarctică afirmă rolul eliberator al activității onirice, care permite abreacția tendințelor reprimite și a amintirilor dureroase. Din punct de vedere psihanalitic, se contează pe favorizarea regresunii, cu securizare și îndepărtarea rezistențelor. Regresia se produce, după EY, pînă la stadiul în care „visele, relațiile infantile, satisfacțiile libidinale primitive sînt trăite și pot fi obiectul unei psihoterapii analoge narcoanalizei”.

795. CURARESIN^(M) Japonia — DCI Mefenesin ● Tranchilizant derivat glicerol, de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

796. CURARIZANTE (fr. *curare*; cuvînt caribian) ● Curara este numele unui extract folosit pentru otrăvirea săgeților de către indienii din America de Sud. Prima remarcă despre curara (amestec de alcaloizi naturali) a fost făcută de Claude BERNARD, care a constatat că acțiunea ei se manifestă asupra factorilor chimici ce operează la joncțiunea neuromusculară, blocînd trecerea influxului nervos la acest nivel, fără să afecteze conducerea impulsurilor în nervi sau capacitatea mușchului de a se contracta, ca răspuns la un stimul electric aplicat direct.

Din punct de vedere chimic, majoritatea curarizantelor sînt baze cuaternare de amoniu. Efectul lor inhibitor asupra transmiterii sinaptice la nivelul plăcii motorii se poate explica fie prin combinarea cu receptorii colinergici (fără a produce modificări ale permeabilității membranei), ceea ce împiedică atașarea pe receptor a acetilcolinei, fie prin depolarizarea prelungită a plăcii motorii. Se descriu — în

funcție de acest mecanism de acțiune — curarizante prin acțiune antidepolarizantă (tubocurarina, dîmethyl-tubocurarina, galamina, pancuroniu) și curarizante depolarizante (suxametoniu și decametoniu). Tubocurarina este un alcaloid de curara iar galamina, decametoniu, suxametoniu sînt produși de sinteză. Moleculile voluminoase și compacte (policurara) provoacă bloc antidepolarizant, pe cînd cele liniare (leptocurara) provoacă, de obicei, bloc prin depolarizare. Moleculile mari, intens ionizate ale curarizantelor trec cu greutate prin membrane, fapt pentru care absorbția din intestin este slabă și inegală, calea orală nefiînd deci utilizabilă farmacologic. Redistribuirea tisulară sau metabolizarea rapidă sînt răspunzătoare de efectul de scurtă durată. Ca acțiune, curarizantele produc relaxarea, apoi paralizia musculaturii striate, inițial la mușchii extremității cefalice, mușchii miinii, mușchii intercostali, abdominali și, în fine, la diafragmă, consecința fiind oprirea respirației. Efectul curarizant este utilizat clinic în scopul accentuării relaxării musculare din cursul anesteziei generale, ceea ce permite utilizarea unei cantități mici de anesthetic, ușurează incubația traheală și evită fazele înaintate ale anesteziei. De asemenea curarizantele sînt indicate pentru combaterea convulsiilor tetanice și a altor stări convulsive; asocierea cu electroșocul previne accidentele traumatice, consecutive convulsiilor violente. Sub formă de supozitoare, se mai utilizează în stările anxioase și pentru potențarea curei de somn. Riscurile utilizării curarizantelor sînt importante, cel mai grav fiind apneea prin supradozare, apnee ce se poate prelungi mai multe ore. Ea apare mai frecvent la subiecții deshidratați și cu dezechilibrări electrolitice (mai ales hipokaliemie). Efectul curarizantelor antidepolarizante este potențat de streptomycină, neomicină, polimixine, unele anestezice generale. În miastenia gravă, se contraindică, de regulă curarizarea. Ca precauții în utilizarea acestor substanțe se indică: respirația artificială cu oxigen, în presiune intermitentă pozitivă. În cazul utilizării curarizantelor antidepolarizante, se pot folosi anticolinesterazice.

797. CURATELĂ (fr. *curatelle*) ● Instituție juridică menită să ocrotească persoane fizice care nu-și pot apăra interesele, nu-și pot administra bunurile și nu-și pot numi un reprezentant. Dintre situațiile juridice în care se instituie curatela, unele sînt de natură medicală; infirmități psihice sau fizice, însoțite sau nu de pierderea capacității de exercițiu. În primul caz, este vorba de afecțiuni psihice

în care discernămintul este pierdut (demența, oligofrenii, schizofrenii cu defect postprocesual grav), pacientul încadrându-se uneori chiar în alienația mintală cronică; în aceste situații extreme, curatela se instituie după punerea sub interdicție.

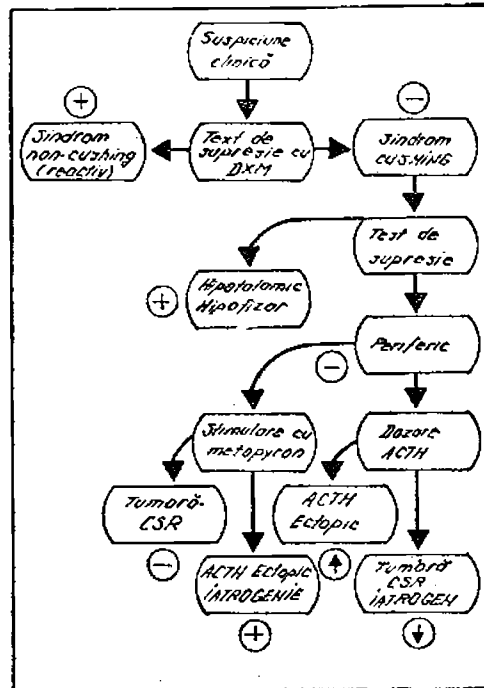
În celălalt caz (de infirmitate fizică), deși capacitatea de exercițiu este păstrată, curatela se instituie dat fiind că persoana — din cauza unei boli, somatice, de obicei — nu poate lua măsurile necesare în diferite situații ce nu pot fi aminate. Un caz special de necesitate a curatei este minorul sub 14 ani (la care capacitatea de exercițiu nu există încă), pînă la intrarea în funcție a tutorelui. Curatela se instituie la cererea celui în cauză; cînd acesta este absent și deci consimțămîntul lui nu poate fi obținut — la cererea rudelor, a unor organizații obștești îndreptățite, a instanței judiciare, procuraturii, organelor de miliție, precum și — din oficiu — a autorității tutelare.

798. CURBAN^(A) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină. Amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

799. CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT^(B) boală — sin. DISTONIE MIOTONICĂ & MIOTONIE ATROFICĂ ● Afecțiune cu caracter eredo-familial, cu manifestări polimorfe: neurologice, endocrine, psihice. Mioatrofii multiple, în special ale feței (față miopatică), atrofia glandelor genitale, cașexie, întîrzieri în dezvoltarea psihică, cu modificări ale gândirii, afectivității, sînt semnele tipice ale afecțiunii. Evoluția ei este nefavorabilă, lent progresivă, iar etiologia necunoscută.

800. CUSHING^(C) sindrom — sin. SINDROMUL SUPRARENOMETABOLIC (termen propus de ȘT MILCU) ● Cuprinde totalitatea formelor clinice de hiperfuncție cortico-suprarenală (tumorile hiperplazice, traumatice, funcționale), în care coexistă semnele de impregnare cortizolică și alterarea sistemului de control al secreției suprarenale. În cadrul acestui sindrom, dispare ritmul nictemeral al secreției de cortizol, iar feed-back-ul hipotalamo-hipofizo-suprarenal este alterat, parțial sau total. În tabloul clinic al sindromului Cushing, ce descrie o adipozitate caracteristică, modificări tegumentare (striurile cutanate atrofice — vergeturi, echimoze, acnee, piele subțire etc.), hirsutism, amiotrofie, osteoporoză, hipertensiunea arterială sistolo-diastolică, tulburări

gonadice (oligo-amenoree, frigiditate, impotență) tulburări psihice. Sindromului clinic i se adaugă un sindrom umoral, caracterizat prin creșterea 17-OH-corticosteroidilor, a 17-cetosteroidilor și a tetrahidroderivaților în urină.



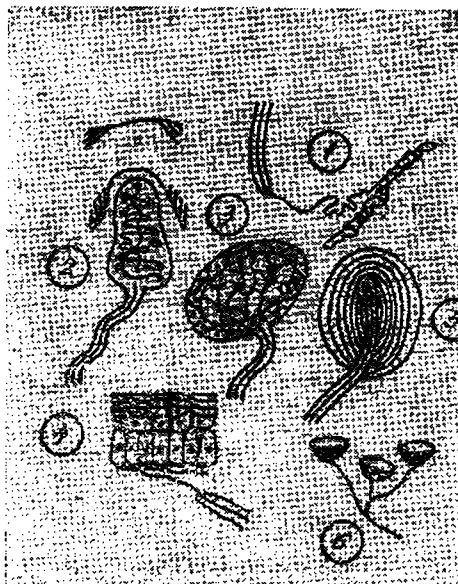
Etape în diagnosticul fiziopatologic al hiper-corticismului

Cortizolul plasmatic este crescut (mai mare de 20 mg%), cu pierderea ritmului nictemeral de secreție. Tulburările psihice apar la aproximativ jumătate din cazuri, alcătuind psihosindromul Cushing (ȘT. MILCU). Trăsătura dominantă o constituie depresia, care poate varia ca intensitate de la simpla dispoziție depresivă, la sindroame psihotice de tip depresiv, ce pot conduce uneori la suicid. Mai rar, bolnavul poate avea manifestări care amintesc de un episod maniacal. Ambele posibilități impun diagnosticul diferențial al sindromului Cushing cu psihoza maniaco-depresivă. Alte tulburări psihice descrise: anxietate, labilitate emoțională marcată, instabilitate, scăderea performanțelor intelectuale, prin tulburări mnezoprosexice, preocupare marcată față de boală. Deseori se remarcă o lentoare psihomotorie accentuată, astenie, fatigabilitate.

La copii predomină tulburările în sfera intelectuală și nu se pun încă în evidență tulburări ale afectivității. Deosebirile existente între psihosindromul copiilor și cel al adulților sînt legate de substraturi neurovoase diferite, cu biologie particulară, în raport cu vîrsta. TRETOWAN, GOBB, MILCU au semnalat, în unele cazuri, modificări ale traseelor EEG. Dacă determinismul psihosindromului Cushing are un caracter biochimic, legat de tulburarea endocrină, rolul personalității premorbide, fără a fi determinat, nu poate fi neglijat într-un important număr de cazuri. Pe de altă parte, personalitatea anterioară a subiectului poate fi modificată în boala Cushing din tumorile hipofizare (stări psihopatoide). Cazurile cu psihosindrom sever necesită, de regulă, tratamentul cu substanțe psihotrope, dar recidivează deseori. Tulburările psihice dispar spontan (în 6—12 luni) după remisiunea afecțiunii endocrine. Un aspect nou îl reprezintă apariția sindromului Cushing în cazul unor stressuri prelungite (emoții, suprasolicitare psihică). În acest caz, ca și în infecții cronice, traumatisme, infometare, sarcină, obezitate, secreția suprarenală este stimulată în cadrul mecanismelor adaptative sau reacționale. Este realizat, în acest mod un hiperkorticism secundar „reacțional”. Cînd agentul stimulator încetează acțiunea, hiperactivitatea suprarenală se reduce, nivelul secretor revenind la cotele normale. Cînd agentul etiologic acționează timp îndelungat este posibilă transformarea hiperkorticismului secundar într-o formă primară, determinată de o leziune sau o dereglare importantă a mecanismelor de control ale secreției suprarenale. Mecanismele de control aparțin sistemelor majore de integrare și coordonare: sistemul nervos și sistemul endocrin, cu placa turnantă care le leagă, sistemul hipotalamo-hipofizar. Acest aparat complex, care funcționează ca un mecanism cibernetic de reglare, este sensibil la variațiile mediului intern și extern, fiind capabil de a adapta metabolismul intermediar în stările de stress. Hipersecreția suprarenală în condiții de stress poate fi interpretată, în acest context, ca un exces de informații creat în scopul de a mări disponibilul de material energetic, pentru a asigura adaptarea la condiții excepționale. Sindromul Cushing poate fi expresia clinică a destabilizării sistemului cibernetic reglator.

801. CUTANAT — analizator (fr. cutané; cf. lat. cutis „piele”) • Prin prezența numeroaselor și variatelor tipuri de receptori localizați la nivelul ei, pielea reprezintă un imens cîmp receptor, de la care informațiile privind

lumea înconjurătoare ajung la centrul nervos superior. Tactul, presiunea și vibrațiile sînt, de obicei, clasificate separat, deși sînt determinate de intensități diferite ale aceluiași stimul de bază. Senzația tactilă apare prin sti-



Receptorii cutanați :

- 1 — corpusculul lui Ruffini ; 2 — corpusculii lui Meissner ; 3 — bulbul terminal al lui Krause ; 4 — terminații nervoase libere ; 5 — corpusculul Paccini ; 6 — discurile lui Merkel.

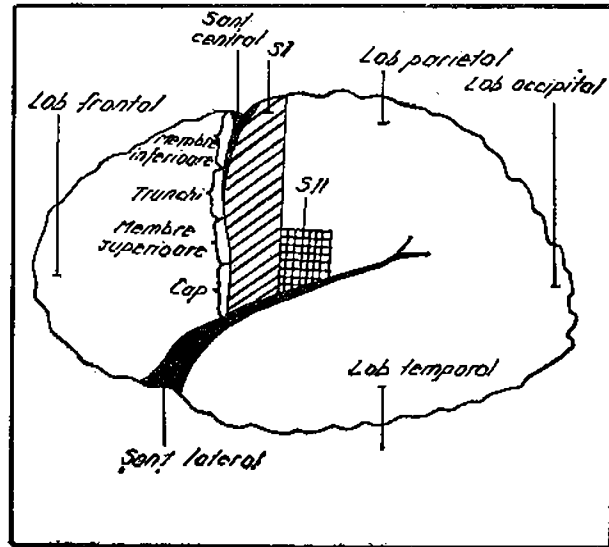
mularea receptorilor specifici din tegument sau țesuturile subiacente, senzația de presiune este generată de deformarea țesuturilor profunde, iar senzația vibratorie apare ca urmare a semnalelor repetitive rapide, declanșate de distorsiunea mecanică a suprafeței tegumentare. Structurat pe schema generală a oricărui analizator, analizatorul cutanat transmite la nivel cortical informațiile preluate de receptori tactili, termici și dureroși. La nivel cortical, se recepționează acei stimuli care ajung în cîmpul conștiinței și determină recunoașterea formei, materialului, a măririi, greutateii, consistenței obiectelor. Sensibilitatea tactilă poate fi exagerată — hiperestezie, sau diminuată — hipoestezie. Aceste tulburări sînt caracteristice, mai ales, afecțiunilor neurologice — sindroame talamice, sindroame senzitive de nervi periferici, polinevrite, neuropatii, sin-

droame senzitive reticulare, sindrom de hemisecție medulară, sindroame senzitive ale trunchiului cerebral, sindrom senzitiv cortical. Agnoziile tactile sînt caracterizate prin faptul că obiectele nu sînt recunoscute tactil, fără a exista vreo tulburare somato-senzorială, inclusiv tactilă. Se menționează (EXARCU) și o „boală de vibrație”, acțiunea generală a vibrațiilor — mai ales a celor cu frecvență joasă — exercitîndu-se îndeosebi asupra sistemului nervos central. Efectele vibrațiilor se traduc prin scăderea capacității de efort, oboseală, apatie și o stare de somnolență invincibilă, ce persistă uneori și după scoaterea din mediul nociv.

Tulburările sensibilității termice constau în diminuarea sau chiar pierderea ei, cea mai cunoscută tulburare fiind disociația siringomielică, caracterizată prin pierderea sensibilităților termică și dureroasă, cu păstrarea celei tactile și profunde, ca urmare a unor leziuni neurologice. În ceea ce privește sensibilitatea dureroasă, stimulii care declanșează durerea, diferit în funcție de locul de acțiune, sînt reprezentați, pentru tegument, de diverși agenți nocivi fizico-biologici ai mediului, iar pentru organele interne, de o serie de condiții „algogene”, endogene, cum ar fi vasodilatația și staza consecutivă, vasoconstricția și hipoxia consecutivă, distensia organelor cavitare și a celor parenchimoase, tracțiunile vasculare sau ale mezourilor și ligamentelor. Talamusul reprezintă un important centru de integrare pentru durere, la acest nivel existînd o organizare somatotopică ce se păstrează și în proiecțiile talamo-corticale din girusul postcentral. La nivel talamic, are loc nuanțarea afectivă a durerii, iar sistemul limbic conferă senzației dureroase caracterul emoțional.

Scoarta cerebrală are funcție de individualizare, iar conexiunile majore ale arilor corticale cu sistemul vegetativ explică reacțiile vegetative care însoțesc senzația dureroasă. Durerea are un puternic caracter subiectiv și de aceea este greu de descris sau măsurat. Variațiile individuale se explică prin prezența a două componente: senzația reală și reacția individuală la durere, cea care determină bolnavul să solicite asistență medicală. Reacția individuală

este mult intensificată de anxietate, și deci poate fi atenuată cu anxiolitice. Acest fapt poate explica, de exemplu, de ce o suspiciune de boală canceroasă face ca durerea să fie mult mai greu suportată decît durerea de aceeași intensitate produsă experimental. Componenta emoțională a durerii este puternică și neplăcută și determină măsuri de sustragere de la sursa durerii sau de inactivare a ei. Pe baza alterării pragului dureros, se pot descrie sindroame hiperalgezice (perceperea exagerată a excitațiilor dureroase) și sindroame hipopalgezice sau anestezice (diminuarea sau abolirea percepției stimulilor dureroși). Hiperalgeziile pot fi periferice (dureri produse de leziuni situate la diferite niveluri ale sistemului nervos periferic) sau centrale (determinate de o leziune situată la nivelul sistemului nervos central). Pot fi descrise, de asemenea, hiperalgeziile viscerale, ale extremității cefalice, superficiale sau faciale, și profunde: cefaleea, migrena, glosodinia și odontalgia. Sindroamele hipopalgezice sau anestezice descrise sînt sindromul Indiferenței congenitale la durere.



Ariile anestezice

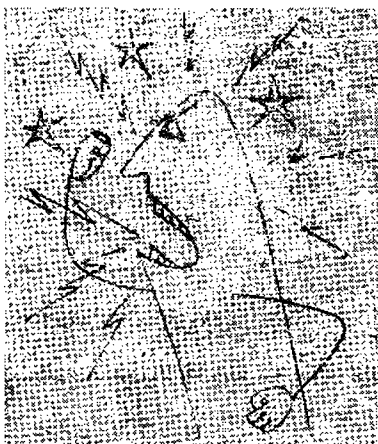
pierderea sau diminuarea sensibilității dureroase în leziuni neurologice, precum și hipopalgezia care este expresia neurologică a isteriei. Se caracterizează prin abolirea tuturor modalităților senzitive — inclusiv simțul vibrator — într-o jumătate de corp, incluzînd pielea

capului, anestezia palatului sau a membrelor, cu o distribuție caracteristică „în mână sau ciorap” Frecvent poate apărea anestezia unui membru, mai ales după traumatisme minore, însoțite de reducerea forței musculare, dar cu o delimitare netă la nivelul articulației respective, ceea ce ușurează diagnosticul diferențial cu alte neuropatii. Simțul pozițiilor este păstrat, bolnavii putând localiza corect în spațiu un segment al corpului.

În sfera analizatorului cutanat se descriu, de asemenea, numeroase tipuri de cenesopatii, localizate de pacient mai ales la nivel cefalic, fără ca ele să se suprapună strict pe un anumit teritoriu nervos. Cenesopatiile se asociază tulburărilor psihice de tip neurastenic anxios, depresiv, preocupărilor hipocondriace, obsesive, sau pot constitui baza unor tulburări delirante sau halucinatorii cronice.

802. CVERULENT^(B) delir (cf. lat *querere* „a căuta, a reclama”) ● Delir din categoria delirurilor de revendicare, particularizat de BEER (1869) și caracterizat prin violența cu care subiectul își exprimă revendicările. Subiecții nu exclud nici un efort, în tendința lor de a-și face dreptate, cheltuind uneori sume enorme, „pentru a face să triumfe revendicări derizorii” (BERNARD).

803. CVERULENȚĂ (cf. lat *qualrere*) ● Modalitate de reacție a unui individ care se simte lezată, jignită, frustrată, nedreptățită, caracterizată



prin „atacarea” adversarului (real sau imaginat) prin admonestări verbale, scrisori, chemare în fața justiției etc. În limitele normalității, cverulența, după MICHAUX, se manifestă în literatura satirică și pamflete, precum și în polemică. În psihiatrie, cverulența este modul de

reacție al psihopatului revendicativ, impulsiv, acționând anarhic, exploziv. Forma de cverulență elaborată, persistentă, continuă este cea din paranoia și hipocondrie. Unii autori: de limbă germană (citați de MICHAUX) au descris o „paranoia cverulentă” (superpozabilă maniei procesive, nebuniei procesive, delirului de persecuție procesiv etc.), în care întreaga existență a subiectului este antrenată într-un lung șir de procese și revendicări necverulente care, atingând apogeul, pot evolua spre acte de agresivitate și violență. Hipocondriacul cverulentă acuză suferințe ale sferei abdominale, omogenitate facială (mai ales după intervenții chirurgicale), supunându-se și cerind cu insistență multiple operații „reparatorii”, al căror efect este în cel mai bun caz nul, dacă nu primejdios pentru sănătate. „Ineficiența” actului medical, în speță a celui chirurgical, face din hipocondriac un cverulent acuzator al medicului și medicinei, putându-se ajunge, în caz extrem, până la crimă. Cverulența psihopatului sau a delirantului cronic este, uneori, obiectul expertizelor și al măsurilor medico-legale.

804. CYCLOBARBITAL^(M) R.D.G. — DCI *Ciclobarbitalum* — medicație sedativ-hipnotică → BARBITURICE.

805. CYCLOPAM^(M) Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

806. CYDRIL^(M) S.U.A. — DCI *Levamlfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (—)- α -metilfenetilamină, amină simpaticomimetică. Utilizat în combaterea efectelor secundare ale NL, anticonvulsivantelor și ale antidepresivelor; prezintă riscul dependenței.

807. CYLCAIN^(M) Japonia — DCI *Pipetanate* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan, de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă, comparativ cu acțiunea anticolinergică. Indicat în nevroză cu fenomene vegetative, cenesopatii, medicina psihosomatică. Are acțiune preconvulsivantă. Este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

808. CYLERT^(M) Anglia, S.U.A. — DCI *Pemoline magnesium* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

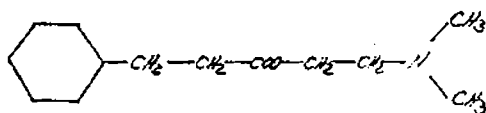
809. **CYBOCEPHALIE** (cf. gr. *kymbe* „vas, ceașcă, barcă” ; *kephale* „cap”) — sin. SCAPHOCÉFALIE.

810. **CYNANTROPIE** (cf. gr. *kyon* „câine” ; *anthropos* „om”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHINANTROPIE.

811. **CYNOREXIE** (cf. gr. *kyon* ; *orexis* „apetit”) — sin. HIPEROREXIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BULIMIE.

812. **CYPRIDOFOBIE**^(F) (cf. gr. *kypris* „fată (femeie) tânără” ; *phobos* „frică”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHIPRIDOFOBIE^(F).

813. **CYPRODENATE**^(DC1) ● Derivat dimetilaminoetanol (DMAE), de tip 2-(dimetilamino)etil ciclohexanpropionat, cu acțiune centrală,



Indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, afecțiuni psihosomatice, depresii ușoare psihogene, corectarea efectelor secundare ale NL și anticonvulsivantelor. Nu se administrează singur în epilepsie, ci numai cu anticonvulsivante (pentru combaterea efectelor secundare). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ACTEBRAL ^(M)	Elveția
ACTÉBRAL ^(M)	Franța
CIPRODENE ^(M)	Portugalia
PLENIUM ^(M)	Franța

814. **CYRPON**^(M) Austria, R.F.G — DCI *Meprohamate* ● Tranchilizant, derivat propan-diolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie, petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contra-indicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

815. **CYSCHOLIN**^(M) Japonia — DCI *Citicolina* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

816. **CYTEROMANIE** (Kythera — insulă grecească în care era răspândit cultul Afroditei ; mania „nebulie”) — sin. ANDROMANIE, ESTROMANIE, FURIE UTERINĂ, METROMANIE, UTEROMANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NIMFOMANIE.

DDDDDDDDDDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDD DDDD
 DDDDDDDDDDD

1. d ● Factor pulsional în psihologia szondiană, semnificând nevoia de a dobândi obiecte, de a le cerceta (d+ : tendința la schimbare ; d- : tendința de per-severare).

● D⁽⁸⁾ sindrom — sin. TRISOMIE D sin.

→ PATAU⁽⁸⁾ sindrom.

● D ● Prefix în stereochimie, pentru derivații seriei sterice D.

● D — vitamină ● Substanță liposolubilă cu formulă chimică asemănătoare colesterolului, având un rol deosebit în reglarea metabolismului calciului. În acest sens, conexiunea cu psihiatria se face în tratamentul spasmofiliei, care se asociază tabloului unor nevroze.

2. DABROBAMAT^(M) R.F.G. — DCI Mepro-bamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând să apară un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

3. DACL (Depression Adjective Check List) ● Inventar complex de semne ale depresiei evaluate după un sistem cuantificat, introdus în practică de LUBIN (1967). Alți autori (PICHOT) nu consideră că acest inventar ar depăși cadrul unui chestionar.

4. DACNOMANIE (cf. gr. daknein „a mușca”) mania „nebulie”) ● Termen utilizat rar, pentru a defini impulsivitatea omucidară care se poate întâlni în epilepsie, beție patologică și raptusuri psihotice.

5. DA COSTA^(B) boală — sin. BOALĂ DE ALTITUDINE ; BOALA MUNTILOR ; PUNA^(B) boală ● Afecțiune descrisă în 1960, cauzată de hipoxia sistemului nervos central, produsă prin scăderea concentrației de oxigen în sânge, prin presiunea atmosferică redusă, hiperventilație. Subiectul prezintă senzația lipsei de aer, cianoză, accelerarea respirației, cefalee, amețală, astenie, tulburări minore la nivelul analizatorului vizual și auditiv.

6. DA COSTA^(B) sindrom — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE ; STILLEHARTSHORNE^(B) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE ● Sindrom descris în 1871 de medicul italian DA COSTA, caracterizat prin tulburări funcționale cardiace care apar în special în timpul efortului fizic, în absența oricăror modificări organice. Numit inițial cord iritabil, sindromul apare la ora actuală denumit cu peste 20 de termeni sinonimi, dovadă a polimorfismului manifestărilor acestei tulburări, care „din punct de vedere psihiatric este o variantă clinică a bolii anxioase” (KAPLAN). Criteriile folosite în cunoscuta anchetă Framingham pentru definirea acestui sindrom sînt următoarele :

- acute respiratorii : superficializarea respirației, opresiune toracică, senzație de asfixie sau dispnee ;
- unul sau mai multe simptome din cel puțin două din grupele următoare :
 - palpații, precordialgii, disconfort ;
 - nervozitate, amețeli, slăbiciune sau disconfort în aglomerații ;
 - fatigabilitate exagerată sau oboseală, ori limitarea activității.

Simptomatologia apare de obicei în perioada adolescenței sau pînă la vârsta de 20 de ani ;

poate atinge maximum de intensitate la adult, fiind mult mai frecventă la femei și cu o evoluție naturală către cronicizare. Actualizările simptomatologiei sint legate de alte modificări ale stării psihice, putându-se descrie un paralelism între nivelul anxietății și intensitatea tulburărilor funcționale cardiace (din această cauză unii autori au asimilat sindromul Da Costa cu nevroza anxioasă).

Sindromul poate sta la baza unor dezvoltări hipocondriace sau a fobiilor de spații închise și de efort, însoțite de conduitele de evitare caracteristice. Deși simptomatologia psihică a acestui sindrom pare minoră, tratamentul ei este deosebit de dificil datorită apariției fenomenelor de beneficiu primar și secundar, cu atât mai mult cu cât personalitatea premorbidă conține adesea trăsături dizarmonice. De altfel acești bolnavi ajung doar în ultimă instanță sau întâmplător (cu ocazia altor afecțiuni psihice) la consultul psihiatric. Apariția unei medicații „de întâlnire”, cum este cea betablocantă, care acționează nu numai asupra ritmului, ci și asupra anxietății, a deschis o cale terapeutică atât pentru psihiatru cât și pentru internist.

7. DACTILO (cf. gr. *doktylos* „deget”) ● Element de compunere exprimând semnificația de „deget”.

8. DACTILOCAPSODINIE (cf. *dactilo-* ? gr. *kampsis* „îndoire” ; *adyne* „durere”) ● Durere vie survenită drept urmare a flectării degetelor mâinii, cu apariție și dispariție bruscă. Poate fi întâlnită — după SĪRBU — în episodul postcritic epileptic.

9. DACTILOFAZIE (cf. *dactilo-* ? gr. *phasis* „vorbit”) — sin. DACTILOLOGIE ● Modalitate de comunicare prin mișcări convenționale cu ajutorul degetelor, pe baza alfabetului dactil inventat de L'EPÉE, utilizată în mutitate.

10. DACTILOSCOPIE (cf. *dactilo-* ? gr. *skopein* „a observa, a privi”) ● Explorare a desenului liniilor papilare ale feței palmare a degetelor, folosită în scop de identificare.

Desenul papilar este strict individual, nu se schimbă din luna a șasea a vieții intrauterine și pe tot parcursul vieții. Se utilizează în medicina legală și în studii genetice ; încercările de a i se conferi atribute în stabilirea unor trăsături de personalitate nu au nici o bază științifică.

11. DACTILOSIMPHISIS (cf. *dactilo-* ? gr. *symphysis* „unire, coeziune”) — sin. SINDACTILIE.

12. DDEX^(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, amină simpaticomimetică ; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

13. DAEFA^(M) Mexic — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevră, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, epilepsie.

14. DAISALOID^(M) Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3,4,5-acid trimetoxicinamic esterificat, reserpină, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensiv.

15. DALGOL^(M) Ungaria — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

16. DALMADORM^(M) Austria, Danemarca, Elveția, Italia ? DALMANE^(M) Anglia ? DALMATE^(M) Japonia — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil-/5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ hipnotică, indicat în insomniile mixte ; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

17. DALTON = plan ● Metodă pedagogică orientată după principiul „școlii active”, inspirată din lucrările lui J. DEWEY și M. MONTESSORI. A fost inițiată de PARKHURST. În 1920, și aplicată inițial în orașul Dalton (Massachusetts — S.U.A.). Principiul metodei constă în individualizarea învățămîntului. Contrar școlii tradiționale, ea constrânge elevul, impunându-i cunoștințe și scheme de gândire, metoda permite independența intelectuală a fiecărui elev. Astfel, el dispune de posibilitatea de a-și alege materiile preferate pe care le poate studia în laboratoare specializate (fizică, științe naturale, geografie). Elevul dispune de fișiere în care găsește indicații de lucru, informații, referințe pe care învață să le utilizeze. Avantajul metodei constă în posibilitatea oferită elevului de a progresa conform ritmului și posibilităților sale proprii, fără a fi frînat sau depășit de colegi.

Este ca un sprint în care fiecare dispune de propriile resurse. Din acest motiv nu există metode de predare colectivă — ore de clasă, manuale. În plus, elevul se obișnuiește să studieze singur, sub supraveghere, capătă simțul responsabilității și a valorii proprii. Metoda a cunoscut o largă aplicabilitate la începutul secolului al XX-lea în școala americană, fiind mai târziu depășită de alte metode pedagogice.

18 DALTONISM ● Tulburare congenitală a percepției vizuale cromatică, constind în imposibilitatea de a percepe culorile roșu (protanopia) sau verde (deutanopia) — WAGEL. DALTON, cel care a descris această anomalie, suferea el însuși de această boală. Depistarea acestui defect de vedere este importantă în orientarea profesională, mai ales pentru profesiunile care reclamă reacții prompte la stimulii cromatici mai sus menționați (munca la pupitrele de comandă, în aviație, transporturi, conducere auto). Cercetări recente au arătat corelații existente între bolile afective și defectul de percepție cromatică, veritabil marker biologic al unor tipuri de depresie.

19 DALTONIȘTI MORALI ● Termen propus de MAUSOLEY, alături de alte formulări mai mult sau mai puțin fericite ale secolului trecut (anesteziați ai simțului moral — BALLET, orbi morali — SCHULE, idioți morali — ARNAUD, anormali morali — RÉGIS), pentru a desemna acele persoane caracterizate prin amoralitate, inafectivitate, inadaptabilitate și impulsivitate. Această categorie de subiecți intrau în grupul larg al degenerațiilor morali, precursorii psihopațiilor sau dizarmonicilor din psihiatria contemporană.

20 DALZIC^(M) R.F.G. — DCI Practolol ● Betablocant de tip 4'-/2-hidroxi-3-(isopropil-amino)propoxi/acetanilidă, indicat în anxietate, miotonii neurovegetative, combaterea tremurului senil; are efecte psihostimulente. Nu se administrează concomitent cu săruri de litiu, deoarece potențează efectul toxic al acestora, și nici cu produșii IMAO → BETABLOCANTE.

21. DAMASCHIN Dorin (1914—1977) ● Psiholog român cu contribuții importante în domeniul defectologiei, autor al unor studii cu privire la „oligofrenii dotați” („marii calculatori”) și la recuperarea deficiențelor (mai ales orbi și ambliopi) prin diverse strategii de învățare. Dintre lucrări semnalăm: „Defectologie”, „Contribuții la problemele compensării la deficienții motrici”, „Teoria și practica compensației”.

22. DAMNARE — idei delirante (cf. lat. *damnare* „a condamna”) ● Convingerea subiectului că este blestemat, că și-a atras (pe merit) oprobiul opiniei publice și al societății, că este condamnat la chinurile infernului. Conținutul acestor idei delirante reflectă fie suferințele psihice actuale ale subiectului, fie imaginea unui tablou apăsător al „vieții de apoi”. Damnanța lui ESQUIROL și MACARIO se baza pe existența ideilor de damnare, asociate întotdeauna cu ideile de posesiune. Se întâlnește în depresia melancolică (în sindromul Cotard apar în interrelație cu ideile de imortalitate, subiectul considerându-se condamnat la suferințe veșnice), în delirurile halucinatorii cronice cu conținut mistic interpretativ, în formele depresive ale paraliziei generale.

23. DAN Arthur Iancu Vasile (1923—1969) ● Psihiatru român, născut la Tg Mureș, face studii de medicină la Cluj și Sibiu, urmînd în paralel cursurile Facultății de Litere și filozofie, secția filozofie. Este atras încă din facultate de psihiatrie, devenind preparator la catedra profesorului Salvador CUPCEA și, ulterior, asistent al profesorului Maximilian MÜLLER.



Arthur Dan

După ce părăsește cariera universitară, va profesa la Tîrnăveni, Galați (unde este fondatorul psihiatriei clinice din acest oraș), Săvirșin, Gătaia și Timișul de Jos. Buna cunoaștere a limbii germane îl ajută să facă o importantă operă de traducere și popularizare a unor

lucrări privind tipurile de personalitate (K. SCHNEIDER, K. KOLLE, O. KHAN etc.) și metodele psihoterapeutice. Se pare că este primul psihiatru român care folosește în mod sistematic terapiile de grup, psihodrama, trainingul autogen. Este de asemenea preocupat de patologia obsesivă, căreia îi dedică o bună parte din activitatea sa.

24. DANATIRYL^(M) Coreea — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Având indicațiile NL incisive (endogenii), este totodată util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice: ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Menière. Pentru dozele mari apar efecte secundare comune NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

25. DANDI^(M) Brazilia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3- α -metilfenetilamino/propionitril, cu marcate valențe anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

26. DAPAZ^(M) Portugalia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiolic dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contra-indicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând să apară un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

27. DAPOTUM^(M) Elveția, R.F.G — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4- β -2/ (trifluorometil) fenotiazin-10-il/propil-1-piperazinolanol, indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip NL incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

28. DAPRIMEN^(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepressiv tipleptic, derivat dibenzo-

cicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[a,d]-cicloheptenă- Δ^5 - γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

29. DAQUIN Joseph (1732—1815) ● Una din cele mai luminoase figuri ale psihiatriei secolului al XVIII-lea, principala sa lucrare „La philosophie de la folie” (1791) fiind alături de „L'Instruction” a lui COLOMBIER (1785) și „Mémoire” al lui TENON (1788), un mare îndemn către rațiune și umanitate în tratarea bolnavilor psihici, cărora „le este necesar în mai mare măsură tratamentul moral decât cel fizic”. El menționează în acest sens: „regimul, exercițiul, libertatea, găsirea unei ocupații și mai ales blindețea în discursurile ce li se țin și în manierele utilizate în ceea ce îi privește”. Deși PINEL s-a ocupat în 1804 de reeditarea lucrării „La philosophie de la folie”, „întimplător” el uită mai tirziu acest lucru și culege în întregime laurii gloriei privind umanizarea regimului bolnavilor psihici.

30. DARDANIN^(M) Brazilia — DCI *Deanol Acegiumat* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

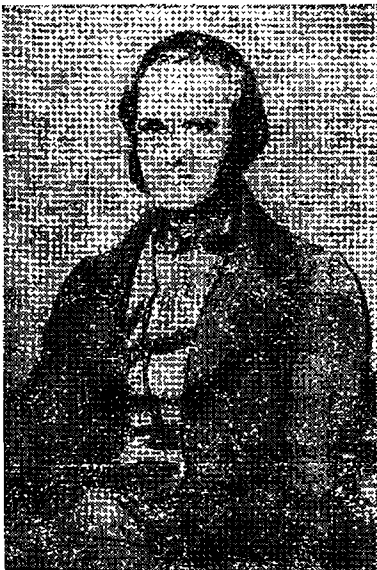
31. DARKENE^(M) Italia — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică.

32. DARLETON^(M) Grecia ? DARMATYL^(M) Coreea — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Având indicațiile NL incisive (endogenii), este în același timp util în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

33. DARO^(M) S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină — amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

34. DARTAL⁽³⁰⁾ Canada, Elveția, Olanda și DARTALAN⁽³⁰⁾ Anglia, Belgia, Grecia — DCI Tiopropazat • Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-/4-(2-acetoxietil)-1-piperazinil/propil/- 2-clorfenotiazină, cu acțiune marcată antipsihotică dar și cu efecte secundare neurologice marcate. Este indicat în psihozele cronice care nu reacționează la alte neuroleptice și în doze mici poate fi utilizat (efect dinamogen) în nevroze.

35. DARWIN Erasmus (1731—1802) • Autor care se angajează într-o imensă lucrare — „Legile vieții organice”, o tentativă de clasifi-



Erasmus Darwin

care a tuturor fenomenelor vitale, inclusiv a patologiei mintale. Imensitatea lucrării dăunează atât calității cât și clarității ei; în ea se vor afla însă două elemente interesante: tratamentul bolii psihice prin „metoda circulatorie”, care îl va lansa pe Benjamin RUSH, și Ideea evoluționistă, care îl va aduce celebritatea nepotului său, Charles DARWIN.

36. DARWIN Charles Robert (1808—1882) • Studiază biologia și științele naturii la Edinburgh și Cambridge. Concepția sa, ale cărei idei fundamentale sînt variațiile utile, selecția naturală și supraviețuirea celor apti, a fost expusă în „On the Origin of Species” (1859). Această lucrare, cit și întreaga sa operă, au marcat o revoluție de dimensiuni „coperniciene”

(PICHOT) în gândirea europeană (să amintim doar faptul că MARX intenționa să-i dedice volumul al doilea al „Capitalului”).

Darwinismul, promulgat și popularizat de SPENCER cu un deosebit entuziasm va influența o serie de alte domenii, printre care psihologia, sociologia și medicina. Ideile evoluționiste sînt ușor de sesizat în opera lui G. H. JACKSON, T. RIBOT, F. DALTON, E. DURKHEIM, pentru a-i numi doar pe cei foarte apropiați de psihiatrie. Cu toate criticile care i s-au adus și cu toate denaturările vulgarizatoare, opera lui DARWIN rămîne de o profundă originalitate.

37. DARWINISM • Concepție evoluționistă elaborată de C. R. DARWIN, conform căreia speciile se transformă treptat unele în altele prin interacțiunea următorilor factori: variabilitatea, ereditatea, suprapopulația, lupta pentru existență și selecția naturală. Variabilitatea individuală apare ca rezultat al corelației dintre organism și mediu, dintre modificările condițiilor de mediu și acțiunea factorilor interni specifici organismului. Ereditatea fixează variațiile și face posibilă acumularea lor în cursul generațiilor. DARWIN considera transmiterea ereditară a oricărui element drept o regulă, iar netransmiterea ereditară drept o anomalie. Suprapopulația este raportată la mijloacele de trai. Lupta pentru aceste mijloace (lupta pentru existență) între indivizii aceleiași specii sau între indivizi aparținînd speciilor apropiate duce la supraviețuirea „celor mai apti”. Selecția naturală duce la trierea formelor mai bine adaptate și la accentuarea în curs de generații a caracterelor adaptative. Au șanse de supraviețuire variațiile utile și cele indiferente. Selecția naturală menține și avantajează variația cea mai aptă, care va deveni o specie nouă. DARWIN a elaborat o concepție didactică despre natură, explicînd cauzal apariția și dezvoltarea speciilor, mutațiile calitative care se produc în lumea vie, în procesul adaptării organismului la mediu. El a zdruncinat concepțiile creaționiste și fixiste, constituind un sprijin deosebit al ateismului.

38. DASEIN (cf. germ. Dasein „existență”) • Definește existența ca atare, obiectul determinat, fixat în concretetea proprietăților sale. Termenul, care în gândirea kantiană opunea existența neființei, este consacrat în limba filozofic de către M. HEIDEGGER („Ființa și timpul”), care îi atribuie un sens cu totul diferit și greu traductibil, dornic să redea limbii vocația ei primordială, de evocare a misterului Ființei. HEIDEGGER propune în scrierile sale

o terminologie sui generis, forțind cuvintele să-și lepede familiaritatea lor banală care anesteziază gândirea, pentru a exprima — în asocieri semantice inedite — sensuri originare mai adânci:

Dasein se numără printre cele mai importante și totodată cele mai dificile concepte heideggeriene, desemnând esența umanului în ceea ce îi este mai specific și mai autentic. Tradus în franceză prin „L'être-là" și în engleză prin „there-being", termenul nu mai spune aproape nimic transpus literar în românește ca „ființă-aici".

T. KLEININGER și G. LICEANU argumentează convingător ideea că accesul la semnificația lui Dasein este condiționat de înțelegerea lui „da" în filozofia heideggeriană. „Das Da" nu se referă la spațialitate (atribut al ființării), ci înseamnă acea ipostază privilegiată în care Ființa (das Sein) iese din obișnuita închidere sau ascundere în mister, pentru a se dezvălui în deschidere și transparență. Deschiderea Ființei nu îi este hărăzită decât omului, capabil să o transforme din latență în adevăr cunoscut și afirmat prin gândire și rostire. Omul nu are însă acces la adevărul Ființei în orice moment al existenței sale. Înălțuit de rutina și suficiența vieții cotidiene, prizonier al tiparelor comportamentului convențional și al reprezentărilor banale, omul ratează cu necesitate adâncimea întrebărilor fundamentale care conduc gândul pînă în apropierea Ființei, ca prezență a temeliei prim.

Adevărul Ființei se revelează spiritului în starea privilegiată de grijă, care afirmă existența umană ca existență, ca situare în afară de sine. Dasein semnifică așadar omul privit în dimensiunea cea mai intimă a deplinei sale autenticități, omul ca prilej unic de „deschidere a ființei", „Ființa-In-deschis".

Postulată a priori de către HEIDEGGER drept obiect prim și fundamental (dacă nu chiar exclusiv) al filozofiei, Ființa se lasă doar problematizată la nesfârșit, scăpînd mereu revelației clasificatoare. Deși lucrarea lui HEIDEGGER „Ființa și timpul" a fost diferit înțeleasă de psihiatri, care au căutat să găsească elementele unei psihopatologii (O. BINSWANGER) sau ale unei terapii (BOSS), rezultatul acestui demers intelectual s-a materializat în ideal de o deosebită valoare, oferind posibilități mai largi de înțelegere a mecanismelor destrucției psihice.

După autorii care au îmbrățișat fenomenologia, modul de a fi bolnav se poate diviza în următoarele patru categorii :

- atingere evidentă a corporalului existenței umane ;

- atingere pronunțată a spațialității ființării proprii în lume ;
- obstacole importante în calea realizării stării dispoziționale proprii esenței umane ;
- obstacole importante în realizarea deschiderii către realitate sau a libertății (după BOSS și CONDRAU).

Această clasificare, în care fiecare modalitate nu este decât sublinierea unei caracteristici mai importante ale bolii ca ansamblu, oferă posibilitatea unor interpretări de o mai mare finețe și a unei înțelegeri de o mai mare profunzime a fenomenelor psihice.

39. DASEINSANALYSE (cf. germ. Dasein „existență ; Analyse „analiză") ● Dificultățile de traducere a termenului german, întimpinate nu numai de limba română, au condus la acreditarea unor formule ca „analyse existentielle", în franceză și „existential analysis", în engleză, preluat și în formula românească curentă de „analiză existențială". O transpunere de mai mare finețe și fidelitate o reprezintă însă termenul de „analiză a ființării" (1985) → ANALIZĂ EXISTENȚIALĂ.

40. DASERD^(M), DASEROL^(M) Anglia — DCI Mefenesin ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică

41. DASTEN^(M) Brazilia — DCI Mazindol ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilisoidnic de tip 5-(p-clorfenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo[2,1-a]isindol, fără efecte simpaticomimetice. Indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale NL și ale anticonvulsivanțelor în tratamentele de lungă durată.

42. DASTEN-PLUS^(MC) Brazilia ● Produs terapeutic care reunește două medicamente tipizate cu acțiune diferită care se completează. Este compus din :

- MAZINDOL^(M) — psihostimulent anorexigen ;
 - DIAZEPAM^(M) — tranchilizant.
- Are acțiune psihostimulatoare-anxiolitică.

43. DATORIE (cf. lat. *debitorius*) ● Categorie centrală a eticii ca disciplină valoric-normativă; denotînd obligația morală în general. Reclamînd necondiționat un anumit comportament din partea subiectului, datoria se afirmă ca imperativ investit de către o autoritate normativă transcendentă, cu funcția de a constrînge individul să adopte anumite linii de conduită, interzicînd totodată comiterea unor fapte sau gesturi reprobabile.

Prin dimensiunea ei supraindividuală, datoria se instituie ca materice de sociabilitate, care prescrie modelele acționale menite să armonizeze destinele individuale, pentru menținerea coerenței și optimizarea relațiilor sociale. Spre deosebire de normele juridice sau administrative, impuse prin forța coercitivă a sancțiunilor materiale, datorile morale se afirmă în deplina lor autenticitate ca paradigmă acțională immanentă subiectului, care se autoguvernează ca agent responsabil liber să discearnă binele și răul, asumându-și din convingere lăuntrică acele norme de conduită ce corespund idealurilor, aspirațiilor și nevoilor sale, raportate la cadrul relațiilor interpersonale în care își desfășoară existența. Vreme îndelungată, filozofia morală s-a străduit să simplifice complexitatea datoriei etice, absolutizând fie dimensiunea ei transcendentă, fie caracterul immanent al imperativelor morale. Teoriile obiectiviste consideră datorile morale ca norme absolute și imuabile, întemeiate fie de „voința divină”, fie pe un principiu metafizic, atribuind „naturii umane” o finalitate supra-individuală, în acord cu originea întregii firi. Contestând posibilitatea subiectului de a cunoaște transcendentul, apriorismul se menține pe poziții obiectiviste, privind datoria morală ca „imperativ categoric”, poruncă necondiționată pe care rațiunea practică și-o dă sieși în virtutea propriei sale alcătuirii formale și deși immanentă subiectului, datoria morală rămâne un principiu absolut și inflexibil, o invariantă supraindividuală și atemporală, întrucât își află temeiul nu în trăsăturile circumstanțiale, ce individualizează personalitatea empirică, ci în structura neschimbătoare a subiectului transcendent.

Invocând experiența, care dezmente existența unor principii etice absolute, universale și invariabile, teoriile subiectiviste privesc datorile morale ca simple convenții sociale, schimbătoare odată cu locurile și vremurile, argumentând dreptul individului de a se conforma normelor consacrate sau de a le încălca, după cum îi dictează meandrele voinței sale suverane.

Controversată este și problema „facultăților sufletești” prin a căror activitate datoria se impune subiectului — registrul vieții spirituale în care norma morală vibrează în tonalitățile cele mai adânci. Concepțiile intelectualiste (solidare, cel mai adesea, cu perspectivele obiectiviste) privesc datoria în primul rând ca pe o problemă de cunoaștere, de înțelegere a rolului ce-i revine omului în ordinea cosmică, fie prin intuiție intelectuală (în care imperativul moral este dat nemijlocit ca o certitudine

axiomatică), fie printr-o deducție a obligațiilor etice din principii mai generale (metafizice, transcendente, antropologice etc.). Concepțiile antiintelectualiste restrâng sau elimină cu totul rolul gândirii discursive în construirea datoriei morale, a cărei prezență în subiectivitate încearcă să o explice prin spontaneitatea unor trăiri iraționale: iubirea, credința, mila, voința etc. Antinomia dintre caracterul transcendent al datoriei morale, care impune individului reguli de conduită mai presus de contingenta evenimentelor, și imanența imperativelor etice, pe care individul le respectă întrucât este convins de legitimitatea lor, se poate soluționa dacă individualitatea este înțeleasă ca produs al relațiilor sociale, și nu ca entitate dintru început inzestrată cu autonomie. Consacrate de experiența colectivă ca modele comportamentale ce asigură coerența și stabilitatea edificiului social, datorile morale sînt întipărite prin educație în deprinderile și obiceiurile individului și pe măsură ce acesta își conturează personalitatea, dobîndind o individualitate mai mult sau mai puțin accentuată, constituirea și existența discernămintului moral operează o selecție critică a normelor promulgate, instituind, prin autolegiferare, legitimitatea unui cod interior de datorii asumate din convingere și în conformitate cu propriile aspirații.

Angajarea morală antrenează plenar toate registrele vieții sufletești, implicînd atît reflexivitatea care judecă și se susține cu argumente, cit și emoționalitatea care motivează actele morale sau voința de a le săvîrși biruind, dacă este nevoie, piedici, riscuri și suferințe. Situații existențiale de mare tensiune; impinse cîteodată pînă la tragism, se pot ivi din cauza conflictului dintre datorii. Acesta se manifestă pe diferite planuri: fie ca înfruntare între obligațiile morale pe care și le asumă clase și grupuri sociale cu interese antagoniste, avînd proiecte incompatibile de împlinire a personalității umane; fie ca dezacord între datorii consacrate de o tradiție venerabilă și imperative practice deosebite sau chiar opuse pe care le impune progresul social și aderența afectivă, nu numai intențional-proiectivă, a individului la o pluralitate de universuri valorice, datorată unei varietăți de statusuri și de roluri ale acestora, poate de asemenea să antreneze sfișierea lăuntrică a personalității morale, confruntînd-o cu exigențe etice incompatibile.

44. DAWSON⁽²⁾ boală — sin ENCEFALITĂ SUBACUTĂ CU INCLUZIUNI • Encefalită subacută progresivă, de etiologie virotică, care se întîlnește la copii și adolescenți. Pri-

Sorbona (1957—1968), și ca director în cadrul Universității René Descartes din Paris.

Interesul lui DEBESSE este îndreptat spre psihologia copilului și adolescentului, conduitele specifice acestor vârste fiind descrise într-un număr remarcabil de lucrări publicate, dintre care enumerăm : „Criza de originalitate juvenilă” și „Cum trebuie să studiem adolescenții” (1937) ; „Etapale educației” (1952), „Psihologia copilului de la naștere la adolescență” (în colaborare, 1956) și „Tratat de psihologie a copilului” (1970). A contribuit la realizarea unui „Tratat de psihologie aplicată” apărut sub redacția lui H. PIERON (1949—1959) și a „Tratatului de științe pedagogice” împreună cu G. MIALARET (1969—1979).

153. DEBITATE MINTALĂ (cf. lat. *debilitas* „infirmiitate, slăbiciune”) ● Este gradul cel mai ușor de oligofrenie, constând din nedezvoltarea memoriei logice, a judecății și raționamentului, limitarea conținutului experienței vieții, imaturitate și labilitate emoțională, prezentând uneori o inegalitate în dezvoltarea funcțiilor psihice și poate fi însoțită de defecte etico-morale. Termenul de debilitate mintală corespunde celui de ÎNTÂRZIERE MINTALĂ UȘOARĂ (după clasificare OMS și DMS III). Debitatea mintală cuprinde 80% din totalul întârzierilor mintale (QI = 50—70, respectiv vârsta mintală de 9—10 ani). Neasociată de obicei cu o anomalii fizice, această deficiență trece neobservată pînă la vârsta preșcolară sau școlară, cînd dificultățile de învățare atrag atenția asupra dezvoltării deficitare a gândirii, ceea ce impune orientarea către instituții speciale, în vederea instruirii școlare și pregătirii profesionale (de aici și denumirea americană a acestei categorii de deficiență ca „educabili”).

Gîndirea este concretă, dar operațiile de generalizare, abstractizare, coordonare sistematică a datelor sînt imposibile și sfera intereselor este mult limitată, afectivitatea săracă, cu caracter instabil. Debitul mintal își însușește limbajul oral și scris și, în absența unei dizarmonii în dezvoltarea personalității, poate avea o existență independentă, integrîndu-se social și profesional. Totuși, imaturitatea afectivă și discernămintul redus îl fac deosebit de vulnerabil la influența unor factori negativi din mediu și de aceea el necesită urmărirea și protecție din partea adulților, chiar și după obținerea independenței materiale. MIGÈS deosebește „debitul armonios”, corespunzînd formelor tipice de debilitate zisă „simplă” sau „endogenă”, care, în condiții de școlarizare specializată în instituții medico-pedagogice sau clase de perfecționare, se pot integra bine social, și „debitul

dizarmonic” care, pe lângă deficitul intelectual, prezintă, în grade variabile, diferite tulburări instrumentale (praxii, limbaj) și de personalitate ridicînd probleme terapeutice deosebite.

Delimitarea debilității mintale, mai ales în formele ei ușoare, de normalitate, nu este totdeauna simplă, între aceste două categorii rămînd o zonă de tranziție reprezentată de „dezvoltarea intelectuală de limită” (intelectul de limită) : liminarul — debitul, „lêger” (fr.), „dull”, „back-ward”, „border-line” (engl.) —, ce cuprinde subiecți al căror QI este situat între 70—80 (după unii autori — 70—85 și 70—95). Elementul esențial care-l diferențiază pe debil de liminar este capacitatea de învățare, capacitatea de adaptare la colectivitate, mai dezvoltate în cazul celui de-al doilea.

54. DEBITATE MINTALĂ EUFORICĂ sindr.

→ BURNS-JASTROVITZ⁽⁹⁾ sindrom.

55. DEBITATE MINTALĂ POSTTRAUMATICĂ ● Sindr. de deteriorare, descris de BUSEMANN în 1950, care se desfășoară pe fondul unor modificări comportamentale de aspect pueril. Raționamentele subiecților sînt insuficient fondate, nelegate de gradul de maturitate și experiență individuală reale ale subiecțului. Poate evolua spre o demențiere progresivă.

56. DEBITATE MOTORIE⁽⁶⁾ sindrom

● Stare patologică congenitală a motricității, adesea eredo-familială, caracterizată prin hiperreactivitate osteotendinoasă, frecvent mai accentuată la membrele superioare, hiperextensibilitate musculară, sincinezii, imposibilitatea întreruperii voluntare a contracțiilor musculare (paratonie), mișcări nesigure și greoaie. A fost descris inițial de E. DUPRÉ (1907) și apoi de P. MERKLEN, A. COLLIN și H. MEIGE.

Din punct de vedere patogenetic, sindromul are la bază o insuficiență, o imperfecțiune a funcțiilor motorii. Din punct de vedere clinic, M. STAMBAK, și H. LEMAIRE disting, în funcție de cronologie și evoluția în timp a unor simptome ale debilității motorii (sincinezii și paratonie), mai multe tipuri :

● sincinezii de difuziune tonică (întîlnite la copiii între 6—8 ani) și sincinezii de difuziune tonico-kinetică, de învățare a mișcării (între 8—9 ani) și

● paratonie normală a copilului de vîrstă mică, paratonie subnormală de situație și paratonie subnormală de prestație (de cauză afectivă).

Diagnosticul de debilitate motorie presupune existența ansamblului de simptome ce

caracterizează acest sindrom, manifestările trebuind să aibă o anumită intensitate clinică. Alături de medicația maturizantă, terapiile psihomotrice acționează nu numai asupra fondului tonic (sincinezii sau alte tipuri de activitate), preciziei și vitezei mișcărilor, ci și asupra organizării schemei corporale, modificând corpul în ansamblul său și mai ales modul de percepție a aferențelor emoționale.

D. M. LEVY și E. DUPRÉ au descris la nou-născut un sindrom de debilitate motorie fiziologică (sindrom infantil normal psiho-neuro muscular — după A. COLLIN), care, la copiii atrepsici și cu întârziere în dezvoltarea sistemului nervos, poate să dureze pînă la vîrsta de 4—5 ani.

57. DEBIT SANGUIN CEREBRAL (cf. lat. *debitum* „datorie”) ● Cantitatea de sînge (exprimată în ml/minut) și determinată cu ajutorul debitmetrului) care irigă creierul. Are valori variabile în funcție de regiunile cerebrale și integritatea morfofiziologică a acestora, precum și în funcție de nevoile metabolice cerebrale. Valorile debitului sanguin cerebral sînt de aproximativ 50—54 ml sînge/100 g țesut/minut, deci cam 750—800 ml sînge/minut pentru întreg creierul, valori mai reduse decît ale debitului circulator renal și miocardic. Aceste valori nu sînt identice în toate regiunile cerebrale: regiunile frontale și precentrale au un debit mai ridicat decît cele posterioare și temporale. Substanța cenușie are un debit de patru ori mai ridicat decît substanța albă. Consumul de oxigen se apropie de 14% din consumul de oxigen al întregului organism (3,4 cm³/100 g țesut/minut). Ambele valori — debitul sanguin cerebral și consumul de oxigen — scad progresiv odată cu înaintarea în vîrstă.

Țesutul cerebral este foarte sensibil la hipoxie și hipercapnie, ceea ce presupune o reglare metabolică fină, prin adaptarea debitului circulator la nevoile activității neuronale. Reglarea nervoasă permite ajustarea precisă a circulației cerebrale, acționînd sinergic cu cea humorală. În condiții normale, debitul sanguin cerebral crește moderat în somnul lent și accentuat în timpul somnului paradoxal.

Senescența determină dispariția sau diminuarea aspectului heterogen al circumvoluțiilor cerebrale. Debitul sanguin cerebral, mai ridicat în lobii frontali în condiții normale, diminuează în senescență, ceea ce reprezintă un aspect important, regiunea frontală fiind cea mai implicată în programarea comportamentului și creativității. Senescența cerebrală ar fi supusă acelorași factori determinanți ca și senescența tisulară în general. Este considerată deci ca un

fenomen celular primar, avînd însă corelații biochimice cu veritabile stări patologice, așa cum sînt demențele organice.

În timpul activității intelectuale, debitul sanguin crește cu 10—15% în regiunea prefrontală. Ischemiile cerebrale, care afectează total sau parțial un teritoriu vascular dependent de carotida internă sau de una din ramurile ei, pot fi rezultatul unei embolii cerebrale sau al altor influențe hemodinamice

Toate stările comatoase sînt însoțite de scăderea debitului sanguin cerebral, scădere corelată cu gradul de profunzime al comei (coma depășită are drept corolar stoparea totală a circulației cerebrale). Epilepsiile determină, în cursul episodului critic, o creștere marcată a debitului sanguin cerebral, creștere care persistă, după unii autori, într-o măsură mai mică în perioadele intercritice la nivelul focarului epileptogen.

58. DEBIT VERBAL ● Expresie care se referă la aspectul cantitativ al activității verbale. Tulburările debitului verbal în sensul creșterii acestuia, constau în: hiperactivitate verbală simplă (vorbăria, bavardajul) întîlnită în situații normale mai frecvent la femei, iar în patologie, în stările anxioase (cînd poate avea un caracter compensator pentru insecuritate) și la personalități isterice și paranoiace și logoreea, care realizează o creștere de debit dar și de ritm verbal, este frecvent întîlnită în stările de excitație din intoxicațiile ușoare, în stări hipomaniacale și maniacale. Diminuarea debitului verbal poate îmbrăca o formă simplă, întîlnită la persoane timide sau hiperemotive, la personalități psihastenice și în stări depresive, puțin ajunge însă pînă la inactivitate verbală, cunoscută sub numele de mutism → BAVARDAJ și MUTISM.

59. DEBLOCARE (fr. *débloquer*) ● Suspendare sau anulare a unui blocaj afectiv, care barează exteriorizarea unui conținut mintal, în formă expresiv-verbală sau comportamentală. În funcție de particularitățile individuale ale personalității și de cauzele blocajului, se diferențiază mai multe tehnici de deblocare: prin substanțe psihotonice, electroșoc, psihoterapii individuale și de grup de tip analitic, comportamental, creativ, socioterapie → BLOCAJ și PSIHOTERAPII.

60. DÉBRUML^(M) Franța ● Produs terapeutic care conține două medicamente, tipizate cu aceeași acțiune, care se completează.

Este compus din:

● DEANOL PIROGLUTAMAT^(M) — nooas naleptic, derivat dimetilaminoetano

● **HEPTAMINOL**⁽³⁰⁾ — roborant proteic. Are acțiune psihostimulatoare.

61. **DEBUT** (fr. *début*) ● Problema debutului bolilor psihice oferă obiectul unei analize sistematice de care se leagă nu numai diagnosticarea corectă, ci și instituirea precoce a tratamentului cu modificarea semnificativă a evoluției ulterioare. Dacă în cazul reacțiilor și al sindroamelor psihoorganice acute se poate stabili relativ ușor momentul declanșării tulburărilor, legate într-o relație temporală evidentă de factorul cauzal, acest lucru nu mai este posibil în cazul dezvoltării și al sindroamelor psihoorganice cronice, al demențelor și al endogeniilor.

Situația dizarmoniilor de personalitate este încă și mai dificilă, neexistând la ora actuală nici un fel de criteriu sistematic pentru a preciza momentul ruperii echilibrului trăsăturilor de personalitate (care după mulți autori preexistă). La aceasta se adaugă în plus faptul că acest diagnostic nu se poate afirma (după majoritatea autorilor) înainte de o anumită vîrstă — de obicei sfîrșitul adolescenței.

Polimorfismul clinic al debutului unor afecțiuni determină plasarea psihiatrului în fața unui tablou de variante în care adesea nu se poate opera decît cu criteriul expectanței. Dacă în trecut acest lucru era tipic doar pentru paralizia generală progresivă, în patologia actuală acest destin este împărțit de schizofrenie, boală ale cărei tipuri de debut includ practic, după ultima clasificare, toată patologia psihică (supraacut confuzional, acut oneiroid sau oniric, subacut-comportamental, insidios pseudonevrotic, obsesivo-fobic, neurasteniform sau insteriform). Este evidentă dificultatea diagnosticului și a stabilirii entității careia îi aparține debutul, cu atît mai mult atunci cînd psihiatrul nu posedă o nuanțată cunoaștere a psihopatologiei și a unor fenomene cu caracter atipic.

Spre deosebire de medicina internă, dar și de alte ramuri medicale, în psihiatrie nu se poate stabili o corelație între acuitatea debutului și evoluția sau prognosticul ulterior. Astfel, tablourile simptomatice de debut ale adolescenței sînt adesea deosebit de zgomotoase, fiind urmate de remisii fără defecte semnificative. În mod contrar, demențele pot debuta deosebit de discret pentru a ajunge la un prognostic fatal. Un caz de-a dreptul paradoxal îl reprezintă psihozele afective, unde un episod maniacal, de exemplu, poate debuta printr-un sindrom depresiv de scurtă durată.

Deși diagnosticul de la debut, deci în afara unui tablou tipic al bolii, este o piatră de incercare pentru psihiatrie, rămînînd apanajul per-

formerilor profesionali, trebuie subliniat că expectanța nu este în nici un fel legată de ignoranță sau de ignorarea simptomatologiei, ci rămîne un criteriu psihopatologic fundamental.

62. **DEBUT CATAGENETIC** (fr. *début*; cf. gr. *kata-*; *genesis* „origine, generare”) ● Termen introdus de J. LOPEZ IBOR și W. SPIEGELBERG pentru a desemna debutul unei afecțiuni somatice severe apărute în legătură cu trăiri conflictuale grave, care ar fi de fapt factorul patogenetic al afecțiunii (scleroză difuză, colită ulcerosă etc.).

63. **DEBUT MEDICO-LEGAL** ● Formă de debut brusc al unor boli psihice prin comiterea neașteptată a unor acte antisociale. Se întîlnește în schizofrenia paranoidă (comportament sexual aberent, agresiuni cu caracter absolut, omor patologic etc.) și hebefrenică (furturi, înșelătorii etc.), manie (furturi, jocuri de noroc, ultraj, exhibiționism), paralizia generală progresivă (furt patologic, absurd, exhibiționism, atentate la pudoare, scandaluri, ultraj etc.).

64. **DECALAJ PLUS**⁽³¹⁾ Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM⁽³²⁾.

65. **DECALAJ** (fr. *décalage*) ● Termen care în psihologia copilului desemnează intervalul de timp scurs între soluția practică a unei probleme și înțelegerea ei de către copil. J. PIAGET relevă existența unor „decalaje de nivel”, de comprehensiune, la unul și același copil (decalaje verticale) și între copiii solicitați în mod egal sub raportul conduitelor (decalaje orizontale), datorate gradului specific de activism, propriu fiecărui stadiu din psihogeneza inteligenței. Decalajul poate indica și dezacordul sau nepotrivirea de principii dintre doi interlocutori, chiar în ciuda unor particularități caracteriale asemănătoare, al unei identități de statut sau este expresie a unei discrepante de nivel cultural și intelectual.

66. **DECA-PERAZINE**⁽³³⁾ Canada — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil-/s-triazolo /4,3-a / piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

67. **DECA-POXYDE**⁽³⁴⁾ Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodia-

zepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

68. DECA-PROPION^(M) Canada — DCI Amfetamină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizând un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central, și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia, dar poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

69. DECAPTURE (cf. lat. de-, prefix negativ și capture „a prinde”) ● Termen care, figurativ, se referă la acțiunea sau atitudinea de restituire sau eliberare a obiectului, persoanei, sentimentelor etc. care fuseseră anterior captate, interceptate sau cistigate prin mijloace reprobabile (forță fizică, presiuni psihologice, insinuări etc.). Se poate datora unui altruism circumstanțial (sau împotriva egoismului, spiritului de conservare) al persoanei care în trecut se manifestase captant sau captativ.

70. DECATRIPTYN^(M) Canada — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[*a*,*d*]cicloheptenă- Δ^5 - α -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

71. DECENTAN^(M) Austria, R.F.G., Spania — DCI Perfenazină ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkil-fenotiazinic de tip 2-clor-10- β -[4/(2-hidroxietyl)piperazin-1-yl]-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedativ. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.

72. DECENTRARE (cf. lat. de-, prefix negativ și centrum) ● Termen prin care J. PIAGET înțelege mecanismul de coordonare a mai multor centrări, având drept rezultat trecerea de la subiectivitate la obiectivitate. După nivelul la care se întilnește acest mecanism, se descriu:

- decentrarea perceptivă, care se realizează la nivelul percepțiilor și determină o realitate între componentele obiectului ;
- decentrare ideativă, care se realizează la nivelul conceptelor, prin coordonări reversibile ce permit construirea raționamentelor ;
- decentrare afectivă, caracterizată prin interes pentru sursele de plăcere, diferite de propria acțiune.

În psihopatologie se întilnesc frecvent modificări ale fenomenelor decentrării ideative și afective. Ele sînt diminuate sau exacerbate în funcție de caracteristicile procesului morbid, mai exact de modul în care procesul morbid influențează orientarea activității subiectului în raport cu realitatea. La nevrotic, decentrările nu sînt grav afectate, percepția realului și raționamentele în situații date fiind modificate doar în măsura în care ele sînt guvernate de un scop fictiv, în sensul de idealizat; astfel, decentrările pot fi întărite, în scopul în care nevroticul resimte acut, în nevroza obsesională, insecuritatea (decentrările capătă semnificație compensatorie) ; la isteric se produce o alternanță a fenomenelor de centrare și decentrare în cadrul schimbărilor comportamentale pseudo-adaptative. În dizarmoniile de personalitate, în genere, decentrările se estompează, coordonările acțiunilor în funcție de realitate fiind marcate de dezechilibrul atitudinal, de deformarea nucleului caracterial. În psihoze, în special în schizofrenie, pot exista modificări grave la toate cele trei niveluri ale decentrării. Aici obiectivitatea este profund alterată, coordonările dintre centrări se rup și există fie centrări exclusive, nelegate între ele, fie centrări destructurate, mai ales la nivelul raționamentelor în situație și al trăirii diferitelor relații; această destructurare nu revine la fenomenul decentrării întrucît decentrarea presupune în mod definitoriu coordonare.

73. DECIZIE (cf. lat. *decidere* „a tranșa, a aranja ceva”) ● Modalitate de alegere sau hotărîre a unei soluții, într-o situație a cărei evoluție nu se poate aprecia cu certitudine, subiectul trebuind să opteze pentru o variantă anume, din mai multe variante posibile ; decizia, ca act, presupune depășirea unui impact cognitiv sau afectiv, a unui conflict real sau posibil, perceput sau resimțit de subiect ca atare. Așadar, actul decizional este cerut de acele situații cu grad crescut de incertitudine, în care există mai multe căi de rezolvare, deci de acțiune, aceste căi avînd probabilități diferite de utilitate și de succes. Decizia, ca act de alegere, este susținută de unul sau mai

multe motive, care predomină în funcție de situația dată și de modul particular în care persoana se raportează la situație. Etapele deciziei (după P. POPESCU NEVEANU) sînt :

- Identificarea principalelor variante de acțiune și aprecierea eficienței acestor variante ;
- Ierarhizarea efectelor previzibile după două criterii : utilitatea (subiectivă) și valoarea socială (obiectivă) ;
- aprecierea șanselor de reușită și eșec pentru fiecare variantă de acțiune (aprecierea se face în termen de probabilitate) ;
- adoptarea unei strategii de acțiune ;
- etapa „dilemei” sau „structura alternativelor”, constînd în aceea că o variantă de acțiune cu probabilitate mare pentru un câștig mic se confruntă cu o variantă de acțiune cu probabilitate mică pentru un câștig mare ;
- alegerea propriu-zisă a variantei de acțiune considerate optime, variantă care le înlătură pe celelalte (structura alternativelor este anihilată).

În condițiile în care informațiile din situația prezentă oferă o soluție certă, nu este vorba de o activitate decizională. Decizia propriu-zisă înseamnă alegerea și/sau elaborarea unui model de acțiune în condiții de incertitudine. Dinamica motivelor, într-un act decizional, se structurează în forma jocului, după cum urmează : „jocul contra naturii” (situații în care factorii aleatori extrapersonali generează gradul de incertitudine) ; „jocul contra sine” (situații în care adversarul de joc este propra persoană, confruntarea se produce în plan intraindividual) ; „jocul pluripersonal” (confruntarea se petrece în planul relațiilor individului în cauză cu alte persoane) (după P. POPESCU NEVEANU). Decizia exprimă și caracterul sau calitatea relației dintre subiect și situația de rezolvat ; în această perspectivă există : decizii care reflectă o poziție de inferioritate (persoana își apreciază disponibilitățile ca fiind inferioare exigențelor situației) ; decizii care reflectă o poziție de echilibru (persoana își apreciază forțele proprii ca fiind, în mod real, concordante și suficiente pentru depășirea dificultăților în rezolvarea situației) ; decizii care reflectă poziția de superioritate (sentimentul persoanei pînă la certitudine, că situația poate fi stăpînită și rezolvată eficient). Categoriile de poziții și categoriile de „jocuri” implică, la rîndul lor, tensiunea creată de nivelul aspirațiilor individului, ideale sau reale, concordanța sau discordanța, așa cum este ea apreciată de persoană, între acest

nivel și posibilitățile obiective, personale și extrapersonale.

Actul decizional în perspectivă psihopatologică. Nevroticul, în genere, întîmpină dificultăți în luarea deciziei, pe de o parte datorită faptului că el se raportează la scopuri ideale, pe de altă parte datorită motivelor profunde care împiedică libertatea alegerii și a căror conflictualitate epuizează tensiunea optimă pentru deliberare. Obsesionalul, dată fiind înclinația sa accentuată spre introspecție și raționalizare, se ancorează în etapa dilemei, multiplică alternativele, ajunge la o echiprobabilitate a succesului și eșecului pentru fiecare alternativă, deci la imposibilitatea de a renunța (alegerea implică renunțare). Astfel, obsesionalul preferă să îndeplinească o decizie care i se impune de către altcineva, evitînd o alegere proprie. Istericul ia frecvent decizii „instrumentale”, după criteriul utilității subiective și în detrimentul utilității obiective, conform unui scop ideal, conform a ceea ce el ar dori să obțină, dincolo de posibilitățile sale reale. Personalitățile accentuate hipertime iau decizii rapide, scurt-circuitînd unele din etapele premergătoare ; varianta optimă, la acești subiecți, revine la o alegere pe care ei o resimt afectiv ca optimă, o variantă la care ei nu ajung prin inferențe și argument logic, ci prin entuziasm, prin tentație. Personalitatea paranoiacă parcurge corect, din punct de vedere formal, etapele care conduc la decizia propriu-zisă, stăpînind bine rigoarea formelor ; alegerea lui se va îndrepta spre cea variantă de acțiune cu probabilitate mică de câștig mare. Paranoicul își susține alegerea printr-o mare participare afectivă, la el rigoarea formei logice și tonusul afectiv plasîndu-se la același nivel. Decizia paranoiacului este deficitară sub aspectul conținutului, al raportului dintre idee și realitate. În plus, la paranoiac realizarea deciziei devine implacabilă ; acest subiect este ireversibil în ceea ce privește hotărîrile sale, structurarea formală a hotărîrii este puternică, comportamentul de acțiune nu poate fi modelat de vreo intervenție din afară a unei alte persoane sau de modificări ale elementelor obiective ale situației. Timopatul depresiv întîmpină dificultăți în luarea deciziilor, întrucît la el există o insuficiență a scopului și a motivației. Personalitățile impulsive nu iau, propriu-zis, o decizie, ci acționează primar, non-mediat, sub influența stării de afect declanșate într-un moment anume. În psihoze, actul decizional suferă o distorsiune severă, practic nu poate fi vorba de luarea unor hotărîri, ci de gesturi aberante, între aceste gesturi și situația reală neexistînd o concordanță care să determine

eficiența actului. În depresia profundă, subiectul este lipsit de elan vital și în imposibilitate de elaborare a unui scop și actul suicidal ca act decizional are loc în faza de intrare în depresia profundă sau în faza terminală. În general, psihoticul nu are o activitate decizională și nu este vorba aici de alegeri susținute de o intenționalitate conștientă, ci de acțiuni cu o motivație delirantă sau bizară, deficitare atât sub aspectul coerenței lor interioare cât și sub aspectul raportului lor cu realitatea, dat fiind faptul că la psihotic este semnificativ afectat simțul realului, producându-se simultan și o modificare a personalității.

74. **DECODIFICARE** (cf. fr. *décodifier*) ● Proces de transformare a semnalelor unui mesaj în vederea identificării și interpretării mesajului de către destinatar. Analizatorii constituie un prim sistem de decodificare a informațiilor din mediu în vederea transformării lor în flux nervos. Creierul decodifică influxurile nervoase în vederea obținerii senzațiilor, senzații care ulterior sînt decodificate prin transpunere în cuvînt. Cuvîntul reprezintă forma naturală sub care informația este prelucrată de către psihic, facilitîndu-i înțelegerea realității. Comunicarea verbală, specifică omului, necesită operația de decodare pentru înțelegerea mesajelor, absolut necesare în cadrul relațiilor sociale. În sens mai larg, prin decodare individul asimilează o întreagă gamă de influențe socioculturale, care condiționează adaptarea lui socială. Înlănțuirea de decodificări, care se finalizează cu înțelegerea realității, presupune integritatea morfofuncțională a întregului sistem nervos.

În clinica psihiatrică (ca de altfel în medicină în general), decodificarea este un proces care funcționează din momentul instituirii relației medic-pacient. Psihiatrul va încerca să decodifice, de la primele cuvînte ale subiectului său, mesajul pe care aceasta dorește (conștient sau nu) să îl comunice, pentru a reconstitui, după modelul său nosologic, un model propriu subiectului. Decodificarea poate fi deficitară la bolnavul psihic, cînd acesta nu găsește, total sau parțial, codul — cheie a interpretării realității obiective de către propriul său psihism. În bolile psihice care, din punct de vedere al teoriei informației, pot fi considerate anomalii de comunicare, există o serie de modalități în care este perturbată decodificarea. Astfel, iluziile pot fi considerate decodificări eronate ale percepțiilor, interpretativitatea delirantului poate fi o decodificare eronată a unor mesaje verbale sau vizuale, decodificare ce nu

ține cont de contextul real, ci încadrează mesajul într-un context aberant.

75. **DECOMPENSARE** (cf. lat. *de-*, prefix negativ și *compensare* „a cumpăni, a compensa”) ● Stare de epuizare sau de depășire a resurselor funcționale ale unui organ, sistem (decompensare cardiacă, respiratorie etc.). În psihiatrie, prin decompensare este desemnat dezechilibrul apărut la un moment dat în dinamica personalității, datorită unui deficit al mecanismelor compensatorii (care în mod normal ar trebui ca prin intervenția lor să mențină echilibrul). Acest deficit este la rîndul să rezultatul epuizării, depășirii resurselor psihice existente, sau poate constitui relevanța unor elemente patologice rămase latente pînă în momentul decompensării. Deși acest cadru descriptiv oferă un grad mare de manevrabilitate formulării diagnosticului, el nu este în general dublat de rigoare sau precizie.

La personalitățile normale, decompensarea se produce sub acțiunea unei psihotraume puternice, cu apariție brutală. Mecanismele compensatorii trebuie să acționeze — și acționează — rapid și eficace. Decompensarea apare după trecerea unui anumit timp de la trăirea evenimentului psihotraumatizant și se datorează unei epuizări de moment a substratului dinamico-energetic (epuizare comprehensibilă dacă luăm în considerare efortul mare și timpul scurt în care a trebuit să se producă), și nu unui defect constituțional al mecanismelor compensatorii adaptative. Din acest motiv, la personalitatea normală echilibrată decompensarea va fi de scurtă durată (timp necesar refacerii substratului dinamico-energetic) și spontan remisibilă (deficitul este momentan și nu constituțional).

La personalitățile dizarmonice, echilibrul psihic și adaptabilitatea sînt fragile, precare. Mecanismele compensatorii care contribuie la menținerea acestui echilibru sînt deficiente prin însăși structura personalității. În momentul apariției unui eveniment psihotraumatizant, echilibrul va fi ușor de perturbat și greu de restabilit. În stările postprocesuale cu greu se poate admite ideea de decompensare, deoarece „defectul postschizofrenic” este în fapt gradul de „compensare” a pierderilor provocate de episodul acut; apariția unui nou episod acut nu poate echivala cu o decompensare, deoarece el va fi urmat fie de un alt tip de defect, fie de o accentuare a celui inițial. Decompensările nevrotice reprezintă, în același mod, doar aspecte ale unei patologii cu evoluție cronică într-un moment sau altul, în funcție și de circumstanțele existențiale ale traiectoriei

sociofamiliale și profesionale a subiectului. În patologia presenilității și a senilității compensările își au originea în diminuarea eficienței psihice globale, deci și a mecanismelor adaptative și compensatorii. Aparenta libertate diagnostică pe care o conține sensul decompensării a condus, nu de puține ori la formulări în care ordonarea intensităților era absentă, amalgamul psihoză-nevroză fiind suveran.

Decompensarea nu este o „acutizare” a unei afecțiuni cronice, ci un dezechilibru apărut în dinamica existenței unei personalități cu o structură particulară, astfel încât folosirea termenului pentru a desemna o „decompensare” psihotică a unei psihoze sau o decompensare depresivă (de exemplu) a unei nevroze pare a fi improprie. Atât nevroza cât și psihoza sînt afecțiuni a căror evoluție cronică este punctată (ca și în cazul tuturor afecțiunilor cronice) de perioada de acutizare și de perioada de stagnare, de remisie.

Multiplele motive expuse mai sus îndeamnă la păstrarea unei atitudinii reticente față de acest termen, dispărut din toate clasificările moderne nosologice, ca și din altele formulări diagnostice în scop epidemiologic sau de cercetare.

76. **DECONDIȚIONARE** (cf. lat. de-, prefix negativ și fr. *conditionner*) ● Proces terapeutic derivat din psihologia experimentală a învățării și destinat eliminării unor tulburări emoționale de tip nevrotic. Reprezintă metoda de bază a terapiei comportamentale, numită uneori și terapie prin decondiționare. Conform teoriei care fundamentează decondiționarea, comportamentul nevrotic este un răspuns neadaptativ, învățat prin condiționare, care persistă vreme îndelungată, chiar după ce situația anxioasă care a determinat condiționarea a fost modificată. Această persistență se datorează unei mai mari sau mai mici asemănări dintre stimulii noi și cei care au determinat inițial starea de anxietate. Mecanismul principal prin care se produce decondiționarea răspunsurilor nevrotice este inhibiția reciprocă (→CONTRACONDIȚIONARE). Pe parcursul timpului au apărut numeroase tehnici de terapie prin decondiționare, dintre care, după frecvența utilizării lor, mai importante sînt :

● **Desensibilizarea sistematică**: tehnică introdusă de WOLPE, în care subiectului, adus într-o stare de relaxare profundă, i se cere să-și imagineze o serie de scene ordonate în prealabil ierarhic, în funcție de potențialul lor anxioasă. Sînt prezentate mai întîi imaginile cu un potențial anxioasă redus, urmate de cele cu potențial anxioasă ridicat. Fiecare ima-

gine din ierarhie este prezentată în mod repetat, pînă în momentul cînd capacitatea sa de a declanșa o trăire anxioasă dispăre complet.

● **Imersia**: subiectul este expus, în imaginație sau în vivo, direct situației anxioase. Inițial el trăiește starea de anxietate la nivelul său maxim, după care aceasta diminuează pînă la dispariția completă. Deși nu se cunoaște exact mecanismul prin care se produce stingerea răspunsului neadaptativ, se presupune că este vorba de un proces de obișnuire.

● **Modelarea**: subiectul observă o altă persoană cu un comportament pe care el nu-l poate realiza datorită trăirilor afective neplăcute care îl însoțesc. Mecanismul prin care acționează modelarea este cel al observației și al imitării.

● **Antrenamentul afirmării de sine**: afirmarea de sine este definită de WOLPE (1973) ca o exprimare emoțională corespunzătoare față de altă persoană. Metoda este utilizată mai ales în tratamentul anxietății care apare în relațiile interpersonale. Constă dintr-o combinație de tehnici cum ar fi: modificarea autoverbalizărilor în situații care implică o relație interpersonală; jocul rolului în care terapeutul reprezintă persoana față de care subiectul reacționează anxios, iar acesta se reprezintă pe sine. Terapeutul se comportă într-un mod cât mai asemănător cu acea persoană, iar subiectul răspunde în felul său obișnuit, care este modificat treptat, astfel încît să devină corespunzător.

Terapia prin decondiționare se aplică în fobii, nevroze anxioase, depresive, ticuri, disfuncții sexuale etc.

77. **DECONTRACTYL**^(M) Elveția, Franța — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

78. **DECORATIVE**^(M) halucinații (fr. *décoratif* și cf. lat. *decorare* „a împodobi”) ● Halucinații vizuale, lipsite de dinamism, care se prezintă sub forma unor motive decorative: desene florale, forme geometrice, arabescuri etc., care îmbogățesc elementele realității, fiind percepute de subiecți fără un răsunet afectiv deosebit sau, mai rar, cu unul pozitiv. Sînt rar întîlnite, în special în intoxicații cu produse halucinogene, în clinica pedopsihiatrică și în patologia organică, mai ales cea de involuție.

79. **DECRETEN**^(M) Danemarca, Elveția — DCI *Pindolol* ● Betablocant de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoolism, ca adjuvant în combaterea sevrajului. Nu se

administrează în depresii și nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

80. DECULTURAȚIE (de-ș cf. lat. *cultura*)

● Proces psihosocial prin care un individ sau un grup social elimină elemente ale unei culturi anterioare. Fenomenul se întâlnește la emigranți; la populațiile strămutate. Reprezintă un proces opus celui de aculturație → ACULTURAȚIE.

81. DEDIFERENȚIERE (cf. lat. *de-*; fr. *différencier* : v. lat. *differentia*) ● Termen propus de H. JACKSON pentru a evidenția regresiunea proceselor complexe ale psihismului către simplu și amorf, însoțite de o diminuare a activității în ansamblu, având drept cauză leziunile cerebrale.

82. DEDUBLARE (cf. fr. *dédoubler*) ● Simptom psihic deosebit de complex atât în manifestare, cât și în determinările sale psihopatogenice, dedublarea se înscrie în sfera tulburărilor conștiinței propriului Eu, făcând parte din sin-



Foto : Sigeriu Ilumi

dromul de depersonalizare. Devenit din subiect obiectul de percepție a propriei realități, subiectul se află în neplăcuta situație de a asista la propria viață „ca la un spectacol dat de altcineva” (FROMENTIN). Ruperea acțiunii de gândire poate merge până la antiteză și heautoscopie (KRISHABER, SIVADON).

Vecinătatea strinsă a automatismului mental cu dedublarea, apropiate prin același sistem de constrângere, de pierdere a libertății interioare (FOLLIN, AZOULAY), l-au determinat pe H. EY să vorbească despre „experiența de dedublare” sau „sindromul halucinator de dedublare”. „Halucinația apare aici în suprema sa grandoare”, obiectul ei fiind de această dată însăși realitatea halucinantului, care își găsește expresia în propriul limbaj și în propria gândire percepută ca străină. În clarobscurul cimpului conștiinței, subiectul se angajează într-un dialog fantasmatic cu un interlocutor care nu este altcineva decât el însuși. Dedublarea denaturează spațiul interior al subiectului, ceea ce — în sensul afirmației lui MERLEAU-PONTY „structura spațiului propriu este ceea ce protejează omul sănătos împotriva delirului și halucinațiilor” — deschide larg porțile psihopatologiei. Astfel, granițele dintre lumea internă și cea externă se rup tocmai din această poziție dublă și ambiguă a Eului, care „comunică” din afară, devenit „voce și semn”. Lipsa de unitate a conștiinței în aspectul ei alternant deschide calea realității multiple, independentă și disociată de percepție, în care Eul nu mai descifrează semnele realului ci le substituie, autodescifrându-se ca înlocuitor de realitate.

Dedublarea personalității este, așa cum arată majoritatea autorilor, un fenomen extrem de rar, legat de o capacitate deosebită de funcționare a mecanismelor de apărare ale subiectului, care își neagă și propriul Eu (intrucitva această modificare este similară cu bolile autoimune, în care mecanismele de apărare imunitară atacă, distrug și transformă „seiful”, ne mai recunoscându-l ca propriu).

Eul nu se substituie aici realității, ci este respins odată cu o parte a acesteia, pentru a fi substituit cu o altă realitate precisă, care nu poate fi admisă în toate coordonatele sale decât de un alt Eu. Realitatea devine astfel concretă și poate fi partajabilă și admisibilă, după exigențe afective (ca nucleu primitiv al personalității). Spre deosebire de dedublarea din cadrul sindromului de depersonalizare, dedublarea isterică se desfășoară secvențial, păstrând „normale” raporturile cu spațiul și fiind ordonată în timp.

Din categoria fenomenelor de dedublare face parte și heautoscopia, ca „percepție” eidetică a imaginii propriului corp proiectat în spațiul perceptual. Clarobscurul stării de conștiință însoțește aproape de regulă și această dedublare, care este favorizată de perioada hipnagogică, stări de epuizare, epilepsia temporală. Sentimentul de apartenență fizică și morală

este, după SOLLIER, caracteristic acestei tulburări, care apare la personalitățile psihastene, în schizofrenie, sechele postencefalitice.

83. DEDUCȚIE (cf. lat. *deducere* „a trage, a scoate din, a face să iasă din”) ● Tip fundamental de raționament în care, din premise generale (asertiuni), se ajunge, prin stabilirea unor relații de necesitate, la o concluzie asupra unui fapt particular. Este deosebită de inducție (prin inducție, ca formă de raționament, se operează trecerea de la faptele și legi particulare la concluzii care reflectă legi generale și inducția se bazează în primul rând pe experiență, iar probabilitatea rigorii concluziei este mult mai mică decât în cazul deducției). Așadar deducția presupune o trecere de la general-categorial la particular, iar inducția o trecere de la particular la general. Tipul fundamental de deducție, operînd cu judecăți categorice, este silogismul, în care specia se subordonează genului. Există, de asemenea, deducții ipotetice, disjunctive, naturale etc. Condiția logică a deducției este următoarea: dacă premisele sînt adevărate, concluzia este adevărată. În sfera normalității este imposibil ca premisele să fie adevărate și concluzia falsă, dar dacă premisele sînt false, concluzia poate fi adevărată sau falsă. O deducție corectă din propoziții adevărate se numește demonstrație. După E. GOBLOT, deducția presupune necesitatea unor relații și ea arată relațiile necesare, concluzia decurge cu necesitate din premise, iar raționamentul se desfășoară pe planul logic al conceptelor.

Capacitatea deductivă a individului, de folosire a acestui instrument „strategic” al gândirii, este în corelație cu gradul de inteligență și cu capacitatea critică la un moment dat. În acest sens, stările deficitare și deteriorarea organică sînt primele cauze de alterare a capacității de deducție. Tulburările afective grave, psihozele de tip delirant, se situează într-un plan etiopatogenic secundar. Deducțiile false (indiferent dacă premisele sînt adevărate sau false) sînt specifice unor deliruri de tip interpretativ.

84. DEE^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N, α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și cu același risc al dependenței.

85. DEFECT FUNCȚIONAL (cf. lat. *defectus* „pierdere, slăbire”) ● Termen introdus de BALINT, care desemnează un deficit apărut în cursul primei dezvoltări a individului. Acest deficit ar reprezenta efectul disproporției între trebuințele primare ale individului (cerințele

sale) și îngrijirile care i se acordă. Defectul funcțional se caracterizează, după BALINT, prin următoarele aspecte:

- relația subiect-obiect este exclusiv bipolară (nu există o a treia persoană) ;
- această relație este eterogenă comparativ cu relația oedipiană ;
- această relație este acționată de o forță dinamică profundă, forță care, în sine, nu reprezintă un conflict ;
- limbajul adult este impropriu pentru a explica ceea ce se petrece la nivelul acestei relații.

Defectul funcțional ar fi rezultatul unei cauze afective în cadrul relației copilului cu familia sa.

86. DEFECT DE HIPOXANTIN-GUANIN-FOSFORIBOXIL-TRANSFERAZĂ — sin. GUTĂ INFANTILĂ CU ALLOPURINOL^{sin.} → LESCH-NYHAN^(M) boală.

87. DEFECTUAL — stadiu ● În sens larg, termenul are înțelesul de sechelar, marcînd orice deficit senzorial, motor, intelectual, apărut după o afecțiune cerebrală, psihică sau generală.

În sens restrîns, constituie etapa în care predomină o simptomatologie stabilă, rezultată în urma unui proces de tip schizofren. Defectualitatea schizofrenă a fost introdusă ca noțiune fundamentală în definiția bolii. Episoadele evolutive pornesc întotdeauna de la defectul anterior, provocînd de regulă o creștere a gradului acestuia. HUBER definește ca „defect pur” acel tip de defect care este atît de redus încît nu poate fi pus în evidență de psihiatru decît în corelație cu un episod psihotic acut. Această defectualitate minimă se manifestă în special pe plan afectiv, la nivelul modulării emoționale.

Unii autori încadrează bolnavii defectuali în categoria stărilor psihopatoide, subliniind dificultățile adaptative pe care aceștia le înregistrează, ca și dezechilibrul constituit pe planul afectiv-volițional și instinctual.

88. DEFEKTON^(M) Japonia — DCI *Carpipramină* ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă reunind un segment al NL sedative specific derivaților butirufenonici (HALOPERIDOLULUI) cu un segment al antidepressivelor timoleptice specific derivaților dibenzazepinici (IMIPRAMINEI) și realizînd în final o structură de tip 1'-/3-(10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f)azepină-5-il)-propil)-(1,4'-bipiperidină)-4'-carboxamidă, cu acțiune timoleptic-sedativă moderată, indicat în psihogenii și reacții cu componentă

depresivă, sindroame depresive consecutive sevrajelor, cât și în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibitate și delirante, în asociere cu un NL sau cu un antidepresiv, în funcție de tabloul clinic.

89. DEFICIT (fr. *déficit* ? cf. lat. *deficere* „a lipsi, a înceta, a părăsi”) ● Lipsa sau pierderea morfofuncțională, innăscută sau dobândită, cu caracter tranzitoriu sau definitiv, înregistrată la nivelul întregii personalități sau al subsistemelor ei (senzorial, motor, afectiv, intelectual etc.).

În psihopatologie deficitul este o noțiune care se referă cel mai frecvent la funcțiile intelectuale și poate fi evaluat sub raport cantitativ prin raportare la „normalitatea funcțională”, folosind teste psihologice specifice. Spre exemplu, în cuantificarea gradului de deficit senzorio-motor și de limbaj se utilizează frecvent testul L. Bender, testul de figuri complexe A. Rey, testul Reversal elaborat de EDELFIELD pentru depistarea dislexiei.

Deficiențele globale ale inteligenței antrenează dificultăți ale personalității în adaptarea socială, putând fi determinat pe baza scalelor de inteligență (Binet-Simon, cuburile Kohs, Wechsler, testul Raven, labirintele Porteus) care, în funcție de coeficientul obținut prin punctaj, pot delimita gradul de întârziere mintală: idiotia — corespunzând unui coeficient intelectual QI inferior lui 30; imbecilitatea — corespunzând unui QI cuprins între 30—50 și debilitatea mintală — corespunzând unui QI cuprins între 50—70. Subiecții cu QI între 70—80 pot să nu fie considerați debili mintali, în funcție de calitatea adaptărilor sociale, care pot depăși nivelul intelectual, și caracteristicile afective ale personalității.

Regresia intelectuală din demențe, cu deficitul rezultat, corespunde formulei: deteriorare psihometrică — deteriorare fiziologică = deteriorare patologică. Așadar, în cazul unui individ cu o senescență „normală” se înregistrează o diferență progresivă și, în anumite limite, tolerabilă între atitudinile „verbale” (care se mențin cu vârsta) și cele „nonverbale” (care diminuează cu vârsta), în cazul unei senescențe patologice, respectiv al demențelor, discordanța între cele două serii de aptitudini este mult mai puternic marcată, depășind limitele admise de vârsta cronologică. În mod obișnuit, în clinica psihiatrică, pentru evaluarea coeficientului de deteriorare (normal și patologic) se folosește bateria WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). În afara deficitelor intelectuale menționate (care corespund unor

leziuni cerebrale ireversibile), trebuie avute în vedere cazurile în care deficiența intelectuală este temporar afectată, cazuri extreme în care se vorbește de „pseudodebilitate” sau chiar „pseudodemență” de origine afectivă.

Deficitele mnemonice sînt considerate a fi atât dismnzeiile cantitative de tipul hipomneziilor sau al amneziilor, cât și dismnzeiile calitative. Deficitele prosexice (hipoprosexia și aprosexia) contribuie în mod considerabil la instalarea deficitului mnezic. În psihozele endogene, în fazele acute nu se poate stabili natura deficitului și gravitatea sa. În perioadele de remisiune se poate evalua deficitul atât global, cât și parțial, la toate nivelurile personalității (cognitiv bazal, cognitiv informațional și operațional, afectiv, motivațional, volitiv etc.). Deficitul psihoticilor remiși este în legătură strînsă și directă cu defectualitatea, ca simptomatologie stabilă postprocesuală → DEFECTUAL.

90. DEFINIȚIE (cf. lat. *definitio*) ● Propoziție sau șir de propoziții care determină: semnificația unui termen (cuvînt simbol) § notele caracteristice (conținuturi) ale unei noțiuni § modul de construcție eidetică a entităților formale. Orice definiție stabilește un raport de identitate între două părți: definitul (termenul care este definit) și definitorul (termenul care definește).

Ramificarea și aprofundarea domeniilor și formelor de cunoaștere determină statuarea unei mari varietăți de definiții. După obiectul definiției se deosebesc:

- definiția reală, care indică determinările caracteristice ale unui lucru sau ale unei clase de obiecte (respectiv notele specifice conținutului unei noțiuni) §
- definiția nominală, care inventariază toate înțelesurile atribuite unui cuvînt într-o anumită limbă §
- definiția nominală stipulativă, care introduce un termen nou sau propune un sens inedit pentru un cuvînt aflat în uz cu alte semnificații.

În funcție de procedura sau metoda de definire, se disting:

- Definiția prin gen proxim și diferență specifică, prin care o noțiune se diferențiază ca specie în cadrul unei noțiuni mai generale, indicîndu-se particularitățile ei distinctive § de exemplu: „omul este un animal rațional”, „pătratul este romb cu toate unghiurile drepte” etc.

● Definiția generică arată originea obiectului definiției și procesul prin care ia naștere acesta (de exemplu : „catirul este un mamifer domestic hibrid, rezultat din împerecherea măgarului cu lapa sau a armăsarului cu măgărița”); definițiile generice constructive caracterizează obiectul prin modul în care este produs utilizând anumite materiale, instrumente și tehnici de lucru (de exemplu : „betonul este un material de construcție obținut prin întărirea unui amestec de nisip și pietriș cu ajutorul unui liant anorganic, cum este cimentul, sau organic, cum este bitumul”), iar definițiile generice operaționale indică modul în care poate fi produs sau recunoscut obiectul definiției, vizând de regulă nu procedeele de realizare efectivă a acestuia, ci un experiment mental, indispensabil pentru elaborarea entităților ideale ce alcătuiesc universul abstracțiilor matematice (de exemplu : „conul este un corp geometric obținut prin rotația cu 180° a unui triunghi isoscel în jurul înălțimii sale”).

● Definițiile extensive enumeră, fără să epuizeze, extensiunea definitului, ilustrând semnificația acestuia prin exemple relevante, pe cînd definițiile enumerative enumeră exhaustiv toate obiectele din sfera termenului definit.

Corectitudinea definiției presupune respectarea anumitor reguli, printre care amintim :

● Definiția trebuie să convină întregului obiect definit și numai acestuia — cu alte cuvinte, definitul și definitorul trebuie să aibă aceeași extensiune, altfel definiția este prea strîmă (dacă extensiunea definitorului este mai mică decît extensiunea definitului) sau prea largă (dacă extensiunea definitorului este mai mare decît extensiunea definitului).

● Nimic nu trebuie definit prin sine ; încălcarea acestei reguli constituie o eroare numită *idem per idem*, ce transformă definiția într-o tautologie.

● Definitorul nu trebuie să presupună în propria sa definiție definitul ; un exemplu banal : „dramaturgia este arta creată de dramaturg”. Încălcarea acestei reguli constituie o eroare numită *cerc. vicious* (circulus in definiendo).

● Orice definiție trebuie să utilizeze numai termeni clari, cu sens bine precizat ; utilizarea expresiilor vagi, ambigui, metaforice este lipsită de vigoare, avînd o eventuală valoare persuasivă, dar nu și cognitivă.

● Dacă este posibil, orice definiție trebuie formulată în formă afirmativă, pentru a spune ce și cum este obiectul definit, și nu ce și cum nu este acesta.

Nici clasificările, nici regulile prezentate mai sus nu sînt exhaustive. Definiția are o importanță metodologică deosebită, întrucît de

claritatea și exactitatea ei depinde utilizarea corectă a termenilor și noțiunilor. Marea varietate a tipurilor de definiție utilizate se explică pe de o parte, prin diversitatea perspectivelor epistemologice iar, pe de altă parte, rezultă din faptul că nici una din metodele de definire nu este infailibilă și universal valabilă.

91. DEFLOARARE (cf. lat. *deflorare* „a dezvirgina”) ● Acțiunea de rupere a himenului cu ocazia primei relații sexuale a unei virgine ; este considerată practic debutul vieții sexuale a femeii, moment cu importante implicații psihobiologice în dezvoltarea personalității acesteia, în maturizarea sa. Împrejurările negative în care acest act se poate uneori produce sînt de natură a constitui debutul unor condiționări cu efect defavorabil asupra vieții sexuale normale a femeii și, respectiv a cuplului, posibilă etapă premergătoare a unor tulburări psihosomatice în sfera ginecologică (frigiditate, dismenoree, alții pelvine și perineale).

Imaturitatea afectivă, tendința unor femei de a trăi în mod „spectaculos etapele dureroase” ale vieții lor genitale și chiar de a le „exploata” față de anturaj (părinți, soț) pot fi aspecte psihologice cu implicații în dezvoltarea unor reacții nevrotice anxioase, fobice, isterice, în legătură cu actul deflorării.

Atunci cînd defloarea are loc împotriva voinței femeii este considerată viol, situație care ridică multiple aspecte medico-legale.

92. DEFORMARE — mecanism (cf. lat. *deformare* „a desfigura, a urîți”) ● În teoria psihanalitică a lui FREUD, visul apare ca o realizare deghizată a unei dorințe refulate. Deformarea este unul din conceptele explicative ale modului cum se produce visul. Ea este prezentată de FREUD ca un mecanism al visului prin intermediul căruia dorințele, gândurile sau emoțiile adevărate ale individului, care prin caracterul lor nu pot fi acceptate de el și de ceilalți, sînt transformate de așa natură încît nu mai pot fi recunoscute. Ele apar deci în vis sub o formă deghizată. Pentru a ilustra mai bine deformarea, FREUD (1913) îi cerea o corespondență în viața socială. El dă exemplul a doi oameni dintre care unul deține o anumită putere, iar celălalt dorește să-i spună adevăruri neplăcute, să-și spună deschis părerile, dar îi este frică că va fi pedepsit. Pentru a-și realiza totuși dorința, el exprimă acele adevăruri sub o formă mai puțin evidentă, folosind aluzii sau simboluri. În felul acesta își deformează gândirea pentru a evita pedeapsa. În vis, deformarea este necesară, deoarece în felul acesta dorințele pot fi acceptate de individ. În lumina acestor teorii, manifestarea directă

a dorințelor, cu adevărată lor semnificație, primejdioasă sănătatea mintală a individului sau determină trăirea unor emoții neplăcute. Deformarea apare deci ca un mecanism de protecție. Semnificația reală a dorințelor refu-



Alex Katz

late nu poate fi dezvăluită, în această concepție, decit printr-o activitate de interpretare desfășurată de către un analist.

93. DEFULARE (cf. fr. *défouler*) ● Mecanism psihanalitic prin intermediul căruia dorințele și pulsunile refulate sînt readuse în conștient. O serie de dorințe, emoții sau pulsuni, care prin caracterul lor sînt inacceptabile pentru individ sau pentru cel din jurul lui, sînt scoase în afara cîmpului conștiinței, deci devin inconștiente prin intermediul mecanismului de refulare. Odată refulate însă, aceste dorințe sau emoții nu rămîn pasive. Ele caută într-un fel sau altul să intre din nou în cîmpul conștiinței, exercitînd presiuni care generează stări tensionale puternice. Dacă o persoană sănătoasă are capacitatea de a suporta aceste tensiuni, în cazul unui subiect nevrotizat ele se exprimă prin simptome. Pe parcursul curei analitice sau în cadrul altor forme terapeutice care folosesc metode analitice, dorințele refulate aflate la originea stării de tensiune, deci și a simptomului nevrotic, sînt descoperite și dezvăluite subiectului, care le verbalizează, le conștientizează și le supune judecății sale, deci le defulează. Odată defulată, sursa tensiunii interne se elimină, determinînd dispariția simptomului.

J. FAURE (1963) atrage atenția asupra faptului că defulării nu trebuie să i se acorde o semnificație vulgarizantă, de descătușare liberă a

unei agresivități necontrolate sau de rupere a oricărei bariere care se opune manifestărilor unor pulsuni. Defularea este un proces de conștientizare și de integrare a dorințelor refulate, subiectul avînd astfel posibilitatea să înțeleagă sursa tulburărilor sale.

94. DEGADIL⁽³²⁾ Costa Rica — DCI Fenproporex ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (\pm) -3-/(α -metilfenetil)amino/proplonitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSITIMULENTE.

95. DEGENERARE (fr. *dégénération* cf. lat. *degenerare*) ● Pierderea totală sau parțială a unor însușiri morfologice sau funcționale, în urma acțiunii unor factori de mediu sau ereditari ? definiți de MOREL ca „o deviație bolnăvicioasă a speciei”, care afectează ființa umană deopotrivă somatic și psihic. Deși prin fundamentarea acestei definiții MOREL este recunoscut ca autor al uneia dintre cele mai prestigioase teorii etiopatogenice ale psihatriei, termenul ca atare fusese anticipat încă de la jumătatea secolului al XIX-lea, prin lucrări ca cele ale lui VANDEVEN, „Considerații asupra cauzelor de degenerare ale speciei umane” (în care patologia mintală ocupa un capitol aparte — 1850) sau P. LUCAS, „Tratat filozofic și fiziologic al eredității naturale în sănătatea și boala sistemului nervos” (1847—1850). Conceptul de degenerare era folosit deja de LAMARCK și BUFFON ca sinonim cu degradarea.

Ereditatea ocupă un rol central în teoria degenerării, deși MOREL a trebuit să facă față dificilei probleme a caracterelor cîștigate și a transmiterii lor cu o penetranță deosebită în defavoarea celor ereditare. Cauzalitatea este rezolvată prin modelul predispozițiilor — al terenului fragil care determină boala. Printre cauzele generatoare de boală se inscriu multiple cauze exogene, fizice, sociale și psihologice care influențează terenul predispus — sistemul nervos sensibil la influențele degenerative. De aici pînă la tipul morbid al degeneratului nu mai este decit un pas. Pentru MOREL, bolile mintale nu mai constituiau decit o expresie privilegiată a degenerescenței (P. PICHOT). Clasificarea și nosologia lui, urmînd acestei idei, departaja bolile mintale în două grupe : prima cuprîndea psihozele toxice, isterice, epileptice, hipocondriace, simpatice și Idiopatice ; cea de a doua era constituită din bolile mintale ereditare, cu patru nivele de gravitate. MOREL, MAGNAN, precum și o întreagă pleiadă de psihiatrii vor dezvolta

pină la saturație teoria degenerării care, sub influența evoluționismului, va apare tot mai structurată. MAGNAN își va construi teoria în jurul conceptelor de predispoziție, dezechilibru, stigmată și sindroame episodice, realizând o nosografie dihotomizată ca și cea moreliană, opunînd tulburărilor mintale ale normalului pe cele ale degeneratului.

Teoria degenerării avea să cunoască o jumătate de secol de glorie franceză (pînă la critica extrem de severă la care a supus-o G. PERRIN în 1913). În restul Europei — în Germania prin GRIESINGER și KRAFFT EBING, în Anglia prin MAUDSLEY, în Belgia prin DALLEMAGNE, va face epocă pînă la începutul secolului al XX-lea. O notă aparte face LOMBROSO, apărător fervent al teoriei degenerării și în lucrări ale căror fundamente științifice, în special cele statistice, puteau fi puse ușor sub semnul întrebării, el a creat o întreagă mitologie criminalistico-psihiatrică, în care geniul și crima erau considerate stigmată ale degenerării. O serie de scriitori au aderat la acest punct de vedere, acreditînd literar ideea timpului, creînd personaje marcate psihic de stigmată evidente (ZOLA, DICKENS, DELAVRANCEA). Max MORDAU își intitulează o lucrare de remarcabil succes — „Eseu și pamflet de critică socială — degenerare”, pornind programatic de la ideile lui MOREL. Se naște astfel o ciudată simbioză între arta modernă și nebunie, care avea să supraviețuiască cu mult teoriei moreliene.

Cu toate limitele ei, teoria degenerării a permis psihiatriei, după G. PERRIN, încorporarea în științele pozitive și definitivă consacrare, iar bolii psihice i-a conferit valoarea unui fapt biologic general.

96. DEGENERESCENȚĂ (fr. *dégénérescence*) ● Termen folosit de școala franceză în același sens ca și cel de degenerare, pentru a formula o teorie complexă etiopatogenică asupra bolilor psihice. Termenul desemnează un proces patologic de degradare progresivă anatomofuncțională a unui țesut, organ sau organism, avînd la bază factori cauzali a căror sistematizare diferă după sediul de manifestare a leziunii. Termenul acoperă o serie semanticală largă, din această cauză pierzînd mult din precizie.

În psihiatrie caracterizează, în sens larg, patologia involuției, în special aspectul anatomopatologic al acesteia, care evidențiază modificările morfologice și funcționale caracteristice (de exemplu, degenerescența vaculară, neurofibrilară etc.). Aceeași conotație o oferă și **DEGENERESCENȚĂ HEPATO-LENTICULARĂ**.

97. DEGENERESCENȚĂ CORTICO-STRIATĂ SPINALĂ — sin. **DEGENERESCENȚĂ CORTICO-PALIDO-SPINALIS** ; **DEGENERESCENȚĂ PIRAMIDO-PALIDALĂ AMIOTROFICĂ STERLING** ; **ENCEFALOPATIE DISEMINATĂ DAVISONI** ; **PSEUDOSCLEROZĂ**

SPASTICĂ ^{sin.} → **JAKOB-CREUTZFELDT^(B)** boală.

98. DEGENERESCENȚĂ HEPATO-LENTICULARĂ — sin. **PANSTRIAT^(B)** sindrom ^{sin.}

→ **WILSON^(B)** boală.

99. DEGENERESCENȚĂ NEUROAXONALĂ INFANTILĂ — sin. **AMAURICĂ** — **idiotie** ; **AXONALĂ** — **idiotie** ; **SPASTICĂ** — ^{sin.}

idiotie → **STEITELBERGER^(B)** boală.

100. DEGENERESCENȚĂ TAPETO-RETINIANĂ CU ACANTOCITIZĂ ȘI STEATOREE — sin. **ABETAPROTEINEMIE** ; **ACANTOCITIZĂ** ^{sin.}

→ **BASSEN-KORNZWEIG^(B)** boală.

101. DEGHIZARE (cf. fr. *déguiser*) ● Acțiunea de a ascunde, de a masca, de a disimula. Termen rar utilizat în psihiatrie, care poate avea mai multe sensuri :

- disimularea : ascunderea unui delir de către subiect ;
- travestim : îmbrăcarea cu vestimentație caracteristică sexului opus, întîlnită la homosexuali ;
- afișarea unei ținute excentrice, concordantă cu trăirile delirante pe care le are subiectul : uniforme, medalii etc.

102. DEGRADARE (cf. fr. *dégrader* : v. lat. *degradare*) ● Termen vetust pentru deteriorarea din demența senilă, utilizat uneori pentru a desemna gravitatea deteriorării într-un sindrom psihoorganic de orice etiologie („sindrom psihoorganic cronic deteriorativ-degradativ”). Gradul de confuzie pe care îl poate genera un astfel de diagnostic, în care cel puțin trei termeni sînt rău definiți, ca și demersul diagnostic care este oprit în faza sindromologică, explică de ce specialistul psihiatru nu-l folosește niciodată.

Termenul mai are și sensul de pierdere a valorilor morale (degradare morală), în cazul personalităților dizarmonice, îndeosebi al celor antisociale (degradare socială), și în cazul psihozelor endogene evolutive (schizofrenia). Degradarea schizofrenului este, așa cum arăta o serie de autori, în strînsă legătură cu dezinsertia sociofamilială (WING), fără să prezinte totdeauna efectele intrinseci ale bolii.

103. **DEHIO^(T) test** ● Probă farmacologică permițind diferențierea naturii neurovegetative a unei bradicardii prin injectarea de sulfat de atropină. În cazul accelerării pulsului, testul este considerat pozitiv.

104. **DEHYDROBENZPERIDOL^(M)** Austria, Danemarca, Elveția, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, Turcia — DCI *Droperidol* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirufenonic de tip 1-/1-3-(p-fluorobenzoil) propil/-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică marcată și antiemetică superioară CLORPROMAZINEI. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă și hipotensiunea → BUTIROFENONE.

105. **DEISM** (cf. lat. *deus* „zeu“) ● Interpretarea filozofică a religiei creștine dintr-o perspectivă raționalistă, vizînd respingerea critică a superstițiilor și cultelor consacrate de confesiunile oficiale, pentru a le opune o religie „naturală“, susținută cu argumente sădite în evidența și claritatea rațiunii. Comună deiștilor (LOCKE, TOLAND, VOLTAIRE, SHAFTESBURY, LESSING ș.a.) le este preocuparea pentru a cultiva, pe calea deducției, nucleul rațional immanent tuturor credințelor religioase, respingînd fabulația concretă, specifică fiecărei confesiuni. Deși nu concordă în ceea ce privește definirea acestui nucleu rațional, toți deiștii subscriu la ideea că Dumnezeu este doar cauză primă impersonală a universului (*primum movens* divin, postulat de către NEWTON), rațiune abstractă și infinită ce pune în mișcare mașinăria cosmică, fără a mai interveni vreodată în desfășurarea evenimentelor, care evoluează sub imperiul invincibil al legilor naturale. Moment important al conflictului dintre știință și fanatismul dogmelor religioase, deismul a contribuit în mod considerabil la afirmarea și consolidarea spiritului pozitivist în cultura europeană.

106. **DÉJÀ** — *fenomene* (fr. *déjà*) ● Grup de fenomene de tip dismnezic prin care este modificată percepția normală a timpului și conștiința existenței actuale, resimțite ca repercepere a unor senzații anterioare, fragmentare sau globale. Fenomenul se poate referi cel mai frecvent la sfera vizuală (*déjà vu*) auditivă (*déjà entendu*), la stări afectiv-voliționale (*déjà éprouvé*, *déjà voulu*) sau la globalitatea experienței senzorial-cognitive (*déjà pensé*, *déjà connu*, *déjà senti*, *déjà vécu*). Acest fenomen de familiaritate a fost descris de WIGMANN sub numele de *flasă recunoaștere*, iar BERGSON afirmă că „ține de o scădere temporară a atenției“. Deși sînt asimilate cu

tulburările de memorie, fenomenele de tip DÉJÀ sînt în esență diferite de acestea, fiind legate de ele doar prin mecanismele memorizării, care nu mai funcționează, împiedicînd distincția dintre evenimentul aparținînd realului și evenimentul memorat. J. SUTTER afirmă că aceste impresii sînt diferite de amintiri prin faptul că subiectul nu are sentimentul de a fi trăit în circumstanțe diferite și într-o altă epocă a existenței, analogă celei care se desfășoară în prezent, ci i se pare că reîncepe să trăiască un fragment din viața sa trecută. Prin aceasta, autorul subliniază caracterul imaginar al tulburării și imprecizia ei senzorialitate. Cei mai mulți autori sînt de acord în a considera aceste fenomene ca o tulburare a conștiinței realității obiectuale, înglobată în tulburările conștiinței de sine.

Circumstanțele etiopatogenice ale acestei tulburări sînt legate în primul rînd de leziunile lobului temporal (cînd are o durată de cel mult cîteva minute — POPOVICIU), putînd fi însoțite de halucinații olfactive și gustative cu apariție paroxistică. Mai pot fi întilnite în psihoze schizofrenice, stări oneiroide, sindrom Korsakov și la personalități psihastenice. În această ultimă circumstanță, fenomenele de tip DÉJÀ însoțesc sindromul de derealizare și de depersonalizare, persistă un timp mai îndelungat, sporînd incertitudinile subiectului.

Fără semnificație patologică deosebită, fenomenele de tip DÉJÀ pot apare în condiții de suprasolicitare prelungită și la subiecții normali. Ca fenomene psihopatologice, au constituit, alături de obsesii, subiect și sursă de inspirație pentru numeroase scrieri literare.

107. **DÉJÀ CONNU** (deja știut, cunoscut) ● Falsă recunoaștere, constînd din convingerea subiectului că a mai cunoscut cîndva o persoană, circumstanță sau eveniment, pe care în fapt nu a avut niciodată ocazia să le cunoască.

108. **DÉJÀ ENTENDU** (deja auzit) ● Falsă recunoaștere, caracterizată prin convingerea subiectului că a mai auzit în trecut o anumită poveste, informație, referitoare la o persoană sau la un eveniment, auzite de fapt pentru prima oară.

109. **DÉJÀ ÉPROUVÉ** (deja simțit, încercat) ● Falsă recunoaștere, acompaniînd fenomenele de *déjà vu*, *déjà vecu*, constînd din impresia subiectului că a mai avut aceeași stare afectivă (a mai încercat același sentiment) cîndva, trăire pe care în fapt o resimte pentru prima dată.

110. **DÉJÀ FAIT** (deja făcut) ● Falsă recunoaștere constînd în convingerea subiectului că a

mai realizat cîndva o anumită acțiune (sau că repetă un act sau comportament), pe care în fapt are ocazia să-l realizeze pentru prima dată.

111. **DĚJĂ PENSÉ** (deja gîndit) ● Falsă recunoaștere, caracterizată prin convingerea subiectului că a mai avut aceleași idei, păreri, reflecții (sub aspectul tematicii sau conținutului de gîndire) pe care le are hic et nunc.

112. **DĚJĂ RACONTÉ** (deja povestit) ● Fenomen prezentat în cura psihanalitică, constînd în faptul că subiectul are impresia că a povestit cu exactitate, cîndva, o situație pe care o povestește de fapt pentru prima dată. Este interpretat ca un mecanism apropiat negării și explicat prin coexistența a două tendințe opuse: dorința de a povesti și teama de a o face. A fost denumită prin analogie cu fenomenele de tip *dějă* din psihopatologie.

113. **DĚJĂ VECU** (deja trăit) ● Falsă recunoaștere, constînd din impresia subiectului că re trăiește o experiență anterioară, în realitate netrecînd niciodată prin circumstanțele spațio-temporale și evenimentiale ale acesteia; impresia este acompaniată cu *dějă éprouvé* (deja încercat) și *dějă resenti* (deja simțit), ducînd la convingerea subiectului că trăiește un fragment din viața sa anterioară.

114. **DĚJĂ VOULU** (deja dorit) ● Falsă recunoaștere, constînd în impresia subiectului că a mai dorit cîndva, cu aceeași intensitate, un lucru (obiect, persoană etc.) pe care în fapt îl dorește pentru prima oară. Această impresie intensă provine și din asocierea cu fenomenele de *dějă éprouvé*, *dějă resenti*.

115. **DĚJĂ VU** (deja văzut) ● Tulburare de percepție din categoria iluziilor de falsă recunoaștere, însoțită de fenomene de tip *dějă resenti*, *dějă connu*, constînd în convingerea subiectului că a mai asistat cîndva la o scenă identică cu cea pe care de fapt o vede pentru prima dată.

116. **DĚJĚRINE Jules-Joseph** (1849—1917) ● Neurolog și psihiatru francez care a susținut constant inutilitatea căutării semnelor lezionale ale sistemului nervos în nevroze, inclusiv în isterie, ceea ce a condus la lîngi dispute cu CHARCOT, fapt care nu l-a împiedicat ca, după 1911, să-i urmeze acestuia la catedră. Eminent neurolog, autor a două lucrări de referință: „*Traité d'anatomie des centres nerveux*” (1895) și „*Sémiologie des maladies du système nerveux*” (1914), publică în 1911 lucrarea „*Les*

manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie”, una din primele lucrări de acest gen. Merită a fi menționată atitudinea lui fermă împotriva susținerii cursurilor de psihiatrie în



Jules Déjerine

prezența bolnavilor, fapt ce ar avea un rol nefast asupra evoluției bolii acestora.

117. **DĚJĚRINE-LICHTHEIM^(*)** — *probă* ● Probă ce se efectuează la bolnavii afazici puri, care sînt incapabili de a articula cuvintele, păstrînd aparent capacitatea de a scrie și a citi. Constă în solicitarea bolnavului să atingă mina examinatorului la fiecare silabă a cuvîntului pronunțat.

118. **DĚJĚRINE** — *psihoterapie* ● Metodă de psihoterapie directivă, în care o deosebită importanță se acordă participării în comun cu subiectul la rezolvarea problemelor sale emoționale. Metoda presupune izolarea subiectului de mediul său obișnuit prin internare în spital. Termenul, introdus în 1902, are în prezent numai interes istoric.

119. **DELASIAUVE Louis-Jean-François** (1804—1893) ● Studiază la Paris, unde își susține teza în 1830 și este preocupat de epilepsie și oligofrenie. Încearcă în 1843 o nouă clasificare a bolilor psihice care „se va bucura” de un dublu eșec, atât în momentul prezentării ei, cit și peste patru decenii, în 1889, cînd o va relua la Congresul internațional de medicină mintală. Cu totul altă soartă

o va avea concepția lui referitoare la organizarea asistenței psihiatrice, care se va materializa în aplicarea ideii de sectorizare, adoptată pentru mediul rural încă din 1865. În 1861 înființează Jurnalul de medicină min-



Louis Delasiauve

tală și tot de numele său se leagă și preocuparea pentru bolnavii externati: înființează, împreună cu J. P. FALRET, Societatea de patronaj pentru convalescenți.

120. DELAX Jean (1907—1982) ● Psihiatru francez, cu deschidere spre o problematică psihologică, doctor în litere și membru al Academiei de Medicină (1955) și al Academiei Franceze. În afara creației literare, sint de remărcat studiile privind simțul tactil („Astereognozilele și sensibilitățile cerebrale”, 1934), psihopatologia proceselor de memorie („Disoluțiile memoriei”, 1942 „Bolile memoriei”, 1943), tulburările emoțional afective, mecanismele fiziologice și biologice ale electroșocului, psihofarmacologia etc.

121. DELAXIN^(M) S.U.A.— DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă și în secundar are și valențe analgezice.

122. DELBRÜCK^(S) sindrom ● Denaturare patologică a relațiilor despre realitate, deosebită de mitomanie prin absența condiționării situaționale. Apropiat de confabulație, acest sindrom, descris în 1891, s-ar întâlni în epilepsii, psihoze afective și în paralizia progresivă.

123. DELGAFEN^(M) Mexic — DCI Fenproporex ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-(α -metilfenetil)amino-propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

124. DELIBERARE (cf. fr. *délibérer* : v. lat. *deliberare* „a cîntări, a chibzui”) ● Moment al acțiunii voluntare, care constă într-un proces de evaluare a posibilităților de realizare a scopului propus. Importanța deliberării este mai mare sau mai mică în funcție de natura scopului. Atunci cînd există o singură posibilitate, deliberarea are o importanță mai redusă. Apariția unor motive contrare, a unor incertitudini în privința reușitei sau estimarea unor urmări deosebite după realizarea unei acțiuni, fac ca importanța deliberării să fie mare. După ZÖRGO (1976), deliberarea este influențată de mai mulți factori, printre cei mai importanți numărîndu-se: intensitatea trebuinței, semnificația pe care o are pentru individ, scopul pe care vrea să-l atingă, aprecierea posibilității de realizare a scopului, modul de structurare a personalității și influențele exercitate de mediul extern. Necesitatea deliberării poate fi scoasă în evidență de existența a două sau mai multe situații cu aceeași semnificație, fie pozitivă, fie negativă. În ceea ce privește personalitatea, deși există o părere aproape unanimă că în procesul deliberării nu există o predominanță a aspectelor afective sau a celor cognitive, se poate demonstra că, în situațiile traumatizante sau de natură să impună o decizie rapidă, există o influență mai mare fie a factorilor afectivi, fie a celor cognitivi sau se poate ivi un conflict între acești factori.

125. DELIBIDINIZARE (cf. lat. *de- + libido* „dorință, poftă”) ● Termen cu o structură forțată în limba română, rezultat prin traducere mecanică.

În psihanaliză se utilizează mai adecvat termenii investiție (atașare a unei energii psihice la un grup de reprezentări, o parte a corpului, un obiect anume), și dezinvestiție (retragere a cuantumului de afect din re-

prezentare, cu eliberarea energiei psihice, care devine disponibilă și se poate reinvesti într-o formație defensivă) → INVESTIRE § DEZINVESTIRE § PROCES PRIMAR § PROCES SECUNDAR § este vorba de investirea energiei, plasarea ei în diferite obiecte, imagini și, respectiv, retragerea energiei, cu reinvestire în altă categorie obiectuală. De exemplu, Sinele, ca rezervor original de energie, face investiții fără a discrimina obiectele investite § Sinele investește deopotrivă obiecte și imagini, dar satisfacerea trebuinței necesită obiectul specific și nu doar imaginea acestuia. Eul este în stare să distingă între imagini și obiecte, să retragă investiția din imagini și să o replaseze în obiecte — procesul secundar. Delibidinizarea ar fi o noțiune sinonimă cu noțiunea de desexualizare. Astfel, legat de formarea Supraeului, psihanaliza admite că finalizarea bruscă a complexului Oedip, la băiat, este urmată de complexul de castrare § ulterior, complexul de castrare se fragmentează, părțile se desexualizează și începe procesul sublimării lor, ceea ce echivalează cu începutul formării Supraeului.

126. DELICT INIȚIAL (cf. lat. *delictum* „delict, vină, greșeală”) ● Infracțiune de drept comun săvârșită de un bolnav psihic, ca primă expresie a unei stări patologice (STRANSKI, 1950). Circumstanța cea mai frecventă în care această manifestare se regăsește este schizofrenia (debutul subațut).

127. DELINCVENȚĂ (cf. lat. *delinquere* „a fi de vină, a greși”) ● O primă definiție posibilă, cu caracter general, desemnează delincvența ca efect al conflictului dintre individ și societate, rezultat din încălcarea legilor (M. POROT, 1984). Formularea unei definiții riguroase ridică însă dificultăți de ordin sociologic, etico-moral și biologic (MICHAX). Perspectiva sociologică relevă caracterul relativ al noțiunii: variabilitatea codului de legi de la țară la țară, de la societate la societate, de la epocă la epocă, atrage după sine și variabilitatea comportamentelor ce pot fi etichetate ca delincvențe. Aspectul etico-moral derivă din raportul dintre conștiința etico-morală individuală și structurile sociale: cu cât acestea sînt mai perfecționate, cu atât probabilitatea ca individul să devină delincvent e mai mare, presupunînd că nu există o sincronizare perfectă a evoluției. celor doi termeni ai relației. În acest fel se poate ajunge la afirmația paradoxală că „toți sîntem delincvenți de un fel sau altul” (GÉRAUD), exemplificată prin posibilitatea încălcării de către oricine a regulilor de circu-

lație, ceea ce îl determină pe MICHAX să afirme caracterul mai mult cantitativ decît calitativ al delincvenței: „sîntem mai mult sau mai puțin delincvenți”.

Aserțiunea este numai parțial valabilă, pentru că între fapta pedepsită de lege cu amendă contravențională și cea pedepsită cu moartea nu există doar diferențe cantitative, ci în egală măsură și calitative (de ordin etico-moral). Dificultățile de ordin biologic ale definirii delincvenței rezidă în însăși problema delimitării normalului de anormalul psihic: delincvența nu este totdeauna patologică, ea fiind în primul rînd un indicator al dezadaptării sociale (MAYS, 1976), cauzele care conduc la dezadaptare putînd fi extrem de diverse: sociogenetice, psihoreactive, psihopatologice („endogene” sau intricate). Conceptul normalului psihic este relativ atît ca sferă de cuprindere, cit și ca stare (este un echilibru instabil), iar una din posibilitățile dezechilibrului, care poate îmbrăca și formele patologice, este delincvența. În sens strict medico-legal, delincvența este un comportament deviant infracțional, expresie medico-legală și juridică a agresivității patologice. Parte componentă a devianței, unii autori folosesc preferențial acest termen în locul celui de delincvență, datorită implicațiilor lui sociogenetice mai largi (SZABO, GAGNÉ PARISEAU, DRAGOMIRESCU). Studiată în particular de științele antropologice și sociale, delincvența constituie obiectul de studiu specific (metodologic și aplicativ) al criminologiei.

DRAGOMIRESCU (1976) deosebește, din considerente formal-operaționale, comportamentul antisocial sau infracțional (cu implicații judiciare) de cel aberant (limitat la aspectele medico-legale psihopatologice) și deviant (abaterile de la norma socială). Același autor sistematizează, pe baza unor criterii medico-legale și criminologice, comportamentul infracțional în patru tipuri: antisocial-accidental (ocazional), predelictual, delictual, infracțional-patologic. Primele două tipuri predomină la minori și la adultul tînăr.

Criteriul etiopatogenic conduce la distincția altor patru tipuri: comportament motivat patologic (necesită măsuri curative permanente), potențat patologic (măsuri diferențiate curative și de siguranță, cu caracter medical), declanșat patologic (măsuri preventive complexe — medicale, sociale — în cadrul rețelei ambulatorii), exacerbare a unui fond patologic latent (măsuri preventive combinate la nevoie cu măsuri curative).

Criteriul sindromologic distinge cinci categorii de comportament infracțional § instabil,

impulsiv, hetero- și autoagresiv, pervers (aberant propriu-zis) și reactiv (inclusiv simularea și sinistroza). În funcție de diferitele categorii psihopatologice (diagnostice), se poate vorbi de un specific infracțional (delictual). Etiologia delincvenței se circumscrie în general pluricauzalității agresivității patologice și în cazul delincvenței, ca expresie a unei tulburări psihopatologice patente, etiologia va fi identică cu a bolii respective, delincvența fiind simptomatică pentru un complex nosologic definit ca atare, și etiopatogenic.

Cauzele delincvenței (criminogeneza, infrac-togeneza) sînt complexe, deseori fiind dificil de apreciat chiar în practica medico-legală psihiatrică ponderea unuia din factorii cauzali posibili (biologic-construcțional, psihologic, socio-genetic, psihopatologic) sau gradul lor de înțricare. În ceea ce privește factorii biologic-constituționali, poate fi menționată, din interes istoric, teoria „criminalului înăscut” (LOMBROSO, inspirat din frenologie, descria chiar o fosetă occipitală deosebit de dezvoltată la marii criminali) și poate fi reținută ipoteza privind existența la unii delincvenți a unei predispoziții genetice sau numai constituționale care explică personalitatea anti-socială, a cărei manifestare delictuală începe din copilărie. Factorul psihopatologic constă în comiterea de infracțiuni de către bolnavii psihici de diferite apartenențe nosologice, la care se descrie și un specific infracțional (delictual). Aceste delikte necesită totdeauna o expertiză medico-legală psihiatrică, menită să precizeze gradul de vinovăție și responsabilitate cu care a fost comis actul delictual în funcție de starea discernămintului. Factorii psihologici sînt de o mare importanță, ei acționînd rareori izolat, neputînd fi, în general, despărțiți de cei socio-genetici. Pot fi sintetizați în două direcții de acțiune (TUCKER, PINCUS, 1980): calitatea experienței parentale, în special a relației materne, și formarea conștiinței eticomorale. Importanța privării materne în primii cinci ani de viață (GOLDFARB, 1945 și BOWLBY, 1946) constă în structurarea defectuoasă a caracterului, incapabil să rezoneze afectiv în relațiile inter-personale (așa-numita „răceală afectivă” în-tîlnită la mulți delincvenți). Se vorbește de privarea maternă și în cazul unei mame „reci”, respingătoare sau dominante; este mai puțin clar însă dacă tatăl absent psihologic, negli-jent, are consecințe de același tip, ele fiind probabil mai importante pentru băieți, care devin, prin defect de identificare, mai vul-nerabili la influențele delincvento-genetice exterioare. În general, majoritatea delincven-

ților sînt imaturi afectiv. Din acest motiv nu pot suporta constrîngerile, frustrările (impuse de mediul școlar, familial, militar, de convențiile sociale, vestimentare, sexuale), recurgînd la fugi, chiul, dezertare, tentative suicidare, parasucidare, automutilări și alte acte delictuale, comise uneori în stare de recidivă, perspectiva detenției, a internării, nereușind să le stăvilească nevoia impulsivă de a încălca aceste constrîngeri. Pe de altă parte, în cadrul acestor structuri imature de personalitate (dizarmonice), actul delictual are și valențe de valorizare, fiind poate singurul pattern comportamental de autoafirmare. Se poate vorbi de o dorință inconștientă de pedeapsă, de conduite de eșec care pot constitui uneori singure și suficiente motivații psihologice ale delincvenței (MAYS).

Factorii socio-genetici sînt diverși: frustra-rea economică și efectele negative la nivelul grupului primar sau secundar (ambii factori acționînd pregnant în delincvența juvenilă) deter-minate de influențele „liderilor” („idolilor”) de tip „pop”, asociate consumului de droguri și decăderea autorității adulților, avînd drept consecință „revolta” consecutivă caracteris-tică „crizelor de adolescență” cu motivații „reformiste și idealiste” (MAYS, 1976); defectuoasa utilizare a timpului liber, rolul mass-mediei (HIMMELWEIT, 1959, arată, pe baza unui studiu efectuat în S.U.A., că adolescenții de vîrstă școlară vizionează circa 20 ore săptămînal programe TV care conțin filme comerciale de aventuri, polițiste și wes-tern, apreciînd că efectul acestora este identic cu influențele grupului primar și secundar) și rolul „subculturilor delictogene” în care valorile negative, deviate, devin „morale” grupului, opusă provocator adevăratei morale a societății (normele sociale curente neputînd fi atinse în mod normal, se apelează la delict — „cine nu are bani trebuie să-și fure” — sau, în cazul delincvenței juvenile reproducînd comportamentul adulților din mediul în care adolescentul se dezvoltă). Rolul acestor sub-culturi (comportament disocial) a fost mult studiat de sociologia americană, stabilindu-se ponderea lor importantă în delincventogeneza juvenilă, datorată imposibilității copiilor din aceste grupuri de a „internaliza” valori ce le rămîn străine, în pofida propagării lor prin programele școlare și mass-media.

Alte studii sociologice (SUTHERLAND, 1961 și CLINARD, 1952) au demonstrat lipsa de dovezi a teoriilor privind caracterul de clasă al delincvenței, conform cărora aceasta ar fi mai răspîndită în clasele sărace. Delictelor în cadrul acestor zone sociale sînt mai rudi-

mentare (furt, violență) și deci mai ușor descoperite. Delincvența claselor medii și superioare este legată de roluri profesionale mai înalte, fiind de aceea și mai greu detectabilă. Un argument clar al sociogenezei delincvenței este creșterea ei proporțională odată cu urbanizarea (care presupune migrația populației), societățile industriale având un nivel mai ridicat de delincvență, proces — se pare — ireversibil. Există o fluctuație a delincvenței în raport cu mărirea aglomerațiilor urbane (cifre statistice din Franța arată criminalitatea mai ridicată în Rouen, Marsilia, Nancy, decît la Paris sau Lyon), iar statisticile situează virful acesteia în orașele cu circa 250 000 locuitori, scăzînd apoi în marile metropole. De asemenea, modificări sociale aparent nesemnificative influențează negativ rata delincvenței (relaxarea frinelor morale prin așa-zisa „revoluție sexuală”, diminuarea autorității parentale prin emanciparea culturală a adolescenților, „complezența” mass-mediilor). „Concept multiplu și nu unitar” (MAYS), delincvența îmbracă aspecte variabile și în funcție de sex: bărbații comit mai multe delict decît femeile, datorită atît diferențelor biologice, fizice, cît și a celor de ordin social, delictualitatea acestora din urmă fiind mai des asociată sexualității. Nivelul delictualității feminine a crescut însă în ultimii ani, îndeosebi în domeniul juvenil (în Anglia criminalitatea fetelor a crescut mai repede decît a băieților). Există de asemenea caracteristici ale delincvenței juvenile în comparație cu delincvența adulților, precum și deosebiri între delincvenții asupra persoanei (hoți, perverși sexuali) și delapidatori sau „delincvenții din lumea afacerilor”. Măsurile de combatere a delincvenței, după DRAGOMIRESCU (1976), vizează prevenția (măsurî sociopsihologice de inserție sociofamilială armonioasă și măsuri socioprofesionale; ergonomice și psihopedagogice și măsuri psihoprofilactice, de educație sanitară și depistare precoce a tulburărilor psihice și măsuri medico-legale și de siguranță pentru prevenirea efectelor antisociale ale comportamentului deviant, atît la bolnavul psihic periculos, cît și față de infractorii cu pericolozitate socială permanentă), intervenția (etapa terapeutică ce țintește individul și circumstanțele sociale în scopul combaterii conduitei deviante, a factorilor care o întrețin sau o agravează, care presupune tratament biologic, psihoterapic, socioterapic), recuperarea sau postintervenția (măsurî de anulare a consecințelor conduitei deviante îndreptate asupra individului și grupului: psihoterapie, dispensarizare, adaptare și readaptare familială, profesională, socială):

128. DELINCVENȚĂ JUVENILĂ (fr. *délinquance juvénile*; cf. lat. *delinquere*; *juvenis* „tînăr”) ● Reprezintă delincvența minorului; Domeniul medico-legal al minorului este în mod convențional stabilit de lege între 14—16 și 17—18 ani. Sub vîrsta de 14 ani se vorbește de delincvență infantilă (delincvență infanto-juvenilă). Aceste limite de vîrstă sînt nu numai convenționale, ci și artificiale, semnificația lor fiind doar de natură juridică (și nu medicală), constituind — din necesități practice — un argument axiomatic al interpretării și dozării responsabilității și, respectiv, al măsurilor juridice sau medicale. Etiologia delincvenței juvenile poartă amprenta problematicei vîrstel și eșecurilor ei adaptative, ca și a particularităților patoplastice ale adolescenței — în cazul delincvenței juvenile psihopatologice. Factorii psihologici și sociali predomină, dar cei constituționali sînt și ei implicați, mai ales în delincvența juvenilă patologică (personalitatea antisocială). Factorii psihologici și sociali se întrepătrund în momentul în care adolescentul normal psihic este frustrat de suportul formativ și de ambianța afectiv-maturizantă a unei familii armonioase. Delincvența juvenilă este de cele mai multe ori simptomul unei disfuncții a sistemului familial: carență afectivă maternă, inversarea rolurilor parentale prin absența psihologică a tatălui. Disfuncția socială a binomului parental permite „învadarea” personalității în formare a virtualului delinvent de către influențe exterioare negative (grup primar). Apartenența familială la o „subcultură deviantă” constituie o altă posibilitate delincentogenetică juvenilă, prin mecanisme imitației și învățării. În aceste situații (și nu numai în acestea), conduita deviantă juvenilă poate fi încurajată inconștient de părinți prin exprimarea inconștientă de către aceștia a satisfacției pentru acțiunile copilului cu caracter predeviant (JOHNSON, SZUREK, 1952). Frustrarea maternă depresogenă (BOWLBY) transformă delincvența juvenilă într-o reacție cu caracter pînă la urmă psihopatologic, depresia fiind „mascată” de comportamentul dezadaptat.

Factorii sociali constau în excesul de timp liber neadecvat utilizat, diminuarea controlului social și parental, dificultăți școlare care pot fi cauză sau consecință, anxietate legată de viitor (mai ales în păturile sociale cu nivel economic scăzut), respectiv, absența canalizării energiei prin defectuoasa ajustare a trebuințelor, necesităților la posibilități. Intervenția dinamică a factorilor sociali se poate observa în creșterea delincvenței, la fete, care a dus la inversarea raportului tradițional 2/1 în favoarea băieților,

precum și la „diversificarea” delictelor, astfel încât afirmația schematică: băieții fură, fetele se prostituează, iar atât fetele cât și băieții vagabondează, nu mai este valabilă.

Motivația conduitei deviante este primitivă, incluzând trebuințe slab integrate ce țin de afectivitatea frustrată și în cazul delictualității de grup, motivația este mai mult de ordin social, constând în afilierea, adeviziunea, identificarea cu modelul negativ al „liderului”. Mobilul ține de caracterul motivației, constând în necesitatea satisfacerii unor scopuri imediate; rareori este expresia unui comportament violent, putând ajunge la acte de mare agresivitate și pericolozitate socială (chiar omor deosebit de grav, comis cu cruzime și în grup). De cele mai multe ori natura faptei este furtul, motivat printr-o utilitate sesizabilă în contextul unor dorințe ce pot fi ușor anticipate (bani, hrană, obiecte) și care imprimă modului de producere a faptei particularități ce nu ridică prea mari probleme din punct de vedere criminalistic (spargeri și furturi din automobile, magazine și violări de domiciliu, furt de buzunar). Nu există deosebiri referitoare la motivație și mobil în cazul delincvenței juvenile patologice (în cazul nedevoltărilor cognitive, dezvoltărilor dizarmonice de personalitate sau lezionale — stările psihopatoide post-meningoencefalite, traumatisme craniocerebrale, intoxicații exogene, anoxii encefalice repetate în cursul unor crize epileptice etc.).

Din punctul de vedere al psihiatriei judiciare, discernământul minorului este în formare între 14—16 ani și acesta răspunde juridic limitat numai dacă se stabilește existența discernământului la expertiza medico-legală psihiatrică (art. 99 C.P.). Minorul de 16 ani are discernământ. Nu există o corelație de proporționalitate între vîrstă și discernământ (întîlnită în formularea eronată „discernământul vîrstei”).

Conform principiului de drept roman „*parens patriae*”, legea vizează măsuri corecțional-recuperatorii pentru delincvențul minor și nu punitive. Astfel, minorul al cărui discernământ este afectat este internat într-un institut medical educativ, unde i se aplică tratamentul medical adecvat și beneficiază de educație școlară profesională corespunzătoare (art. 105 C.P.). Orice internare de acest fel durează pînă la 18 ani, cînd instanța poate decide prelungirea internării pe o durată de cel mult doi ani „dacă aceasta este necesară realizării scopului internării” (art. 106 C.P.).

129. DELIR^(D) (cf. lat. *delirium* „delir“)

● Problemă fundamentală a psihopatologiei, despre care K. JASPERS spunea: „delirul

a fost dintotdeauna considerat drept fenomen fundamental al nebuniei”. N. VASCHIDE afirma, nu mai puțin categoric „delirul este cea mai înaltă exprimare a activității mintale morbide”. Mai recent, TATOSSIAN sublinia



Hieronymus Bosch

că: „delirul nu a încetat să desfidă eforturile sisifice de a-l înțelege sau măcar de a-l defini”.

Dificultățile sînt cu atât mai mari, cu cît termenul este folosit, în limbile de sorginte latină, pentru a defini, pe de o parte, tulburări de aspect confuzo-oniric circumscrise în jurul tabloului clinic tipic de origine toxică din delirium tremens, pe de altă parte, ideile delirante, adică acele idei în raport de evidentă contradicție cu realitatea, articulend pararealitatea în care subiectul crede, impenetrabil la critică și argumente ale logicii formale, modificîndu-și sistemul axiologic și comportamental, idei cărora le corespund stări afective adecvate.

Încercările de a descrie sintetic acest din urmă tip de delir, mai bine zis trăirile delirante sau experiențele delirante — cum le numesc unii autori, s-au lovit întotdeauna de obstacole practic insurmontabile. În modul cel mai general el reprezintă o distorsiune esențială a raportului individului cu realitatea. Acest lucru transformă ordonarea acceptabilă a realității într-una proiectivă și individuală, în care „gradul de realitate” (H. EY) se modifică profund față de valorile lui anterioare. Sistemul de convingeri al individului nu se mai „acordează” la spațiul și timpul înconjurător, nu mai suferă acțiunea modelatoare

interrelațiilor cu ceilalți. El se dezvoltă din sine, rămânând mereu egal cu propriile sale axiome, care grupează fapte și orientează acțiuni presupuse a fi demonstrative prin simpla lor existență. Este o desemnificare a lumii, urmată de o monosemnificare greșită și niciodată clarificată, pe care delirantul o regăsește oriunde și oricând, ca dovadă supremă și unică a existenței sale. El transformă „a fi în lume” în „a fi alături de lume”, fiind despărțit de lumea reală prin propria lume, care nu mai constituie o parte a realului, ci un labirint de oglinzi al imaginarului, în care semnificațiile sînt multiplicat caleidoscopic pentru a dezvolta o complicată arhitectură a pseudorealului. Este elocventă, în acest sens, caracterizarea lui P. GUIRAUD, care consideră delirul drept o tumoră malignă ce invadează gîndirea nu numai în sensul metaforei propriu-zise, ci și al posibilității de comparare a ideilor delirante cu celele nediferențiate ale tumorii, lipsite de orice funcție și posibilitate de integrare într-un organism, cu o fantastică putere de dezvoltare față de celele normale. Privit din acest punct de vedere, delirul nu poate fi redus la nici o tematică anume, nici la un mecanism. Tematica delirului se poate referi la oricare din ideile așa-zis normale și nu lumea ideilor este cea care se modifică, ci raportul pe care ideea îl creează între individ și realitate, locul pe care acesta și-l atribuie în lume și în raport cu aceasta. Nu este surprinzător faptul că, în urmă cu un secol și jumătate, un psihiatru-scriitor, LAURENT, a colindat azilele epocii căutînd cele mai nebunești idei pentru a le compara cu ideile ce existau în lume, ajungînd la o concluzie paradoxală : „am fost surprins și rușinat de faptul că nu am găsit nici o diferență”. K. JASPERS a propus drept criteriu salvator incredibilitatea conținutului delirant, criteriu care implică însă o serie atît de largă de corective, încît devine inoperant. Pentru ca o idee să poată fi considerată delirantă trebuie, după KOLB, „să apară drept improbabilă și aproape imposibilă unei persoane cu educație și experiență asemănătoare bolnavului”. Aici intră în joc și capacitatea de înțelegere, cultura și inteligența individului. SÉRIEUX afirmase de mult că „puterea delirantă este în relație directă cu mijloacele intelectuale, irritele sîrate avînd întotdeauna tulburări delirante elementare și puțin complicate”. Nu în raport direct cu inteligența abstractă sau proiectivă a individului se edifică însă delirul, ci cu trăsăturile fundamentale ale personalității sale (în care capacitatea de înțelegere își are locul ei), cu gradul de armonizare a acestor trăsături.

Ideea delirantă nu este o părere greșită asupra unui fapt sau unei serii de evenimente, ci o dogmă care mobilizează subit întreaga forță afectivă și volițională pentru a o susține într-o reprezentare a lumii încărcată de subiectiv. Planul delirului se completează cu cel al senzorialității, care poate la rîndul ei să aducă „argumentele” halucinațiilor și iluziilor, pentru a întregi trăirea sau experiența delirantă. Identificarea clasică a delirului cu nebunia se referă tocmai la această plutire a subiectului în labirintul propriilor construcții dereiste, populate cu monștrii somnului propriei rațiuni.

Psihiatria a evoluat în aprecierea și clasificarea delirurilor, de la varianta tematică la cea etiologică și apoi la cea evolutiv-structurală. Ultima, și de fapt singura cu implicații nosografice reale, notează deliruri tranzitorii (episoade delirante, bufee delirante) și deliruri cronice, subîmpărțite, la rîndul lor, în deliruri schizofrenice și nonschizofrenice (psihoze cronice, parafrenia, paranoia), care diferă în funcție de o serie importantă de parametri.

În privința mecanismelor care stau la baza constituirii delirului, opiniile variază în funcție de școală și autor. WERNICKE face o primă distincție între delirul primar și cel secundar sau de motivație. Delirul primar s-ar deduce din stări afective și nu este legat de idei sau trăiri anterioare. Nu poate fi justificat prin explicații psihologice, nefiind inteligibil din acest punct de vedere. Unii autori i-au postulat o cauzalitate organică, neputînd admite lipsa oricărei determinări. El rămîne o veritabilă piatră de încercare pentru psihiatrii care adoptă de multe ori, o atitudine detectivistă, încercînd să facă ordine în această veritabilă hipnoză a incomprehensibilului, amăgiți de propria imaginație. În mod clasic, formele de manifestare ale delirului primar sînt : dispoziția delirantă, interpretarea delirantă și intuiția delirantă. Delirul primar nu rămîne în forma sa inițială, ci suferă un proces de transformare generat de dorința subiectului de a găsi el însuși o motivație a trăirilor sale primare. Această „muncă delirantă” se sintetizează în teme de mîrire sau persecuție. Delirul secundar se dezvoltă în sensul realizării unei structuri a lumii autistice, în care gîndirea devine dereistică (E. BLEULER).

Pentru FREUD, delirul nu suferă o influență somatică imediată, fantezmele fiind cele care pun sub control credința subiectului. Delirul ar fi, în această opinie, o construcție care prezintă și exprimă direct conținuturi inconștiente, dintr-o perioadă uitată a vieții. Psihanaliza va reține această idee freudiană, potrivit

Tabel nr. XLV

Caracteristicile principale ale delirurilor cronice (Y. Pelicier)

Timie	Temă dominantă	Gradul de coerență al ideilor	Personalitate	Diagnostic	Frecvența medie
Paradoxală, variabilă Agresivă	Orice temă, halucinații, interpretări Persecuție, interpretări	Foarte redus Foarte sistematizat	Alterată Păstrată	Schizofrenie paranoidă Delir interpretativ paranoic	+++ ++
Activă	Persecuție, prejudiciu, idei prevalente	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir paranoic sau de revendicare	++
Tristă, pasivă	Persecuție, vulnerabilitate	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir de revendicare	+
Variabilă	Persecuție, influență, halucinații	Foarte sistematizat	Păstrată	Delir halucinator (senzitiv)	
Variabilă	Fantastică	Redus, mobil, anarhic	Păstrată	Delir halucinator cronic Delir parafrenic	+ +

căreia în conținutul fiecărui delir există o realitate cu putere terapeutică. Melanie KLEIN insistă asupra rolului pozitiv al delirului, ca tentativă de restituire a realității, chiar atunci când aceasta se face într-un mod fantasmatic. În acest spirit, ea afirmă că delirul de dezintegrare iminentă a universului, din discursul schizofrenului, nu este altceva decât proiecția dezintegrării propriului Eu al subiectului.

Concepția organo-dinamică (H. EY) susține că delirul se constituie pe un mod de cunoaștere cu predominanță eterogen față de gândirea comună a grupului și față de legile sistemului realității. El nu contravine numai logicii raționale, ci corespunde întregii dezorganizări ontologice a experienței credinței și ideilor, a controlului personal asupra sistemului de coexistență între Eu și realitate. Viziunea fenomenologică subliniază faptul că delirul se prezintă brusc ca o lume (O. BINSWANGER), mai bine zis ca un proiect de lume, suferind de o incorijibilitate particulară, în care critica nu lipsește, dar este pusă în slujba delirului. Sînt demne de reținut opiniile lui R. GORI, care afirmă că „ceea ce face delirul este convingerea” (se explică astfel faptul că bolnavul nu poate fi „vindecat” decât dacă își „critică” delirul). Ceea ce realizează diagnosti-

cul este numai descrierea alurii generale a desfășurării delirante, nu și a conținutului delirului, variabil cu fiecare persoană și cu fiecare cultură, pentru că „se delirează cu ceea ce fiecare are și cu ceea ce fiecare este”

130. DELIR ACUT^(D) ● Sindrom confuzional de cea mai mare gravitate, în care, pe lângă tabloul psihopatologic modificat, se notează constant tulburări umorale și somatice, deosebite. Descriș sub numele de „frenzie acută” de către HIPOCRATE, a fost denumit „delirium acutum” de CALMEIL, care a dat și o primă descriere valoroasă a sindromului. Cu toate că au existat unele încercări nosologizante sau cel puțin de autonomizare a sindromului, lucrările lui MARCHAND din deceniul 1920—1930, orientate anatomo-biochimic, au pus capăt unor discuții interminabile, arătînd că delirul acut este un mod particular de reacție diencefalică la procese patologice diverse. Delirul acut (sau encefalita psihotică acută azotemică) este o circumstanță patologică rară, după unii autori „rarissimă” (R. PLANCHE). Tabloul clinic deosebit de grav durează 7—14 zile și evoluează după următoarele secvențe :

- *faza prodromală*, care poate dura de la câteva zile pînă la o lună și este marcată de astenie, inapetență, scădere ponderală marcată, tulburări digestive, lipotimie, precum și tulburări psihice și

- *faza de debut*, marcată de agitație însoțită de halucinații auditive și vizuale, la care se adaugă o alterare rapidă a stării generale a bolnavului §
- *faza de stare*, care înglobează semne psihice (agitație extremă, violență cu tentative de auto- și heteroliză, insomnie completă, delir oniric, confuzie variabilă de la un moment la altul, sitiofobie intensă și totală), semne neurologice (exagerarea reflexelor osteotendinoase, tremurături, hipertonie musculară, midriază bilaterală), semne somatice (deshidratare, echimoze multiple, peteșii, „limbă arsă”, tulburări sfincteriene, tulburări neurovegetative, prezența constantă a febrei), semne umorale (acidoza sanguină, scăderea rezervei alcaline, creșterea hematocritului, hiperazotemie — semn patognomic — cu o creștere a ureei peste 1 g, albuminurie, acetonurie, hipernatriemie, hipokaliemie, hiponatriurie, hiperkaliurie) §
- *faza de remisiune aparentă*, în care pe prim plan trece confuzia (torpoarea și stupoarea înlocuiesc agitația), temperatura scade iar sitiofobia este înlocuită de sete intensă §
- *faza terminală*, dominată de apariția semnelor prăbușirii circulatorii, cu accentuarea deshidratării și a creșterii ureei (până la 10 g) § tulburările ritmului cardiac, tulburările respiratorii grave, accentuarea tulburărilor trofice (escare și echimoze difuze) precedă coma și moartea.

Acest tablou deosebit de grav duce în mod clasic, în 90% din cazuri, la un sfârșit fatal (după unii autori, în toate cazurile — în epoca anterioară existenței medicației antibiotice, neuroleptice și terapiei electroconvulsivante).

Tot în mod clasic, delirului acut i se descriu forme variate, printre care: forma hemoragică (MARCHAND și COURTOIS), forma coreiformă (TRENEL), forma stuporoasă acută (SCHULE), forma extrapiramidală (GUIRAUD și DE LA VIGNE).

Din descrierea de mai sus rezultă faptul că termenul de delir acut nu trebuie aplicat în mod eronat manifestărilor delirante care apar brusc sau cu o mare intensitate. Concepția lui MARCHAND, referitoare la creșterea azotemiei, confirmată de datele lui SEUJE, REILLY, LABORIT, COIRAULT rămâne linia de demarcație a delirului acut. El se deosebește prin prezența hipertermiei de stările de excitație din mania acută sau epilepsie. De asemenea, prin agitație se deosebește de delirul

acut din sindromul acut postneuroleptic. Circumstanțele sale etiologice rămân obscure, putând apare în cadrul unor afecțiuni infecțioase (gripă, erizipel, febră tifoidă, parotidită, reumatism articular acut), după intervenții chirurgicale, în perioada puerperală, după o vaccinare, după afecțiuni generale grave, în evoluția unor psihoze, ca o complicație a deliriumului tremens.

Tratamentul delirului acut impune instituirea de urgență a unei rehidratări intensive și reechilibrării ionice pe cale parenterală, sedarea stării de agitație prin neuroleptice, în doze mari, intramuscular. Atunci când tulburarea neurovegetativă este simptomul alarmant și central, trebuie recurs la perfuzii intravenoase de corticoizi și terapie antipiretică. Electroșocul este de asemenea eficace.

131. DELIR ACUT AZOTEMIC^(D) ● Formă de delir acut. Unii autori identifică toate delirurile acute cu delirul acut azotemic (MARCHAND) → DELIR ACUT.

132. DELIR (AL) ACTELOR^(D) — sin. NEBUNIE RAȚIONALĂ → ACT PATOLOGIC.

133. DELIR ACUT IDIOPATIC CALMEIL^(D) — sin. PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ → CALMEIL^(D) delir.

134. DELIR (DE) CONTACT^(D) (ESQUIROL — 1838) ^{sin.} → ABLUTOMANIE.

135. DELIR (LA) COPIL^(D) ● Deși delirul nu este o entitate rară la copii (având în vedere posibilitatea unor circumstanțe organice variate și rezistența mai redusă a organismului la această vîrstă), delirul propriu-zis „are o raritate extremă, părere universal admisă” (MICHAUX). Dintre delirurile sistematizate cronice, cele cu tematică predominant imaginativă, sînt mult mai frecvente (aproape cvasitotale) decît cele interpretative. Delirurile copilului sînt caracterizate prin instabilitate, reversibilitate și lipsa unei convingeri absolute (de fapt caracteristică vîrstei). Tematica este doar schițată și are ca subiect predilect filiația și grandoarea.

Delirurile induse sînt mult mai rare, deși, prin sugestibilitatea crescută, copilul pare a fi un candidat ideal în a deveni victima acestor deliruri. Cu toate că și alte condiții ale delirului indus — inferioritatea intelectuală față de inductor, contactul prelungit cu acesta, situația de dependență afectivă — sînt îndeplinite, copilul nu devine receptorul delirului; fiind incapabil de a realiza „construcția delirantă”, care necesită concentrarea ideii, perse-

verență tematică și o oarecare experiență de viață (care să ducă la respingerea unor situații ca fiind imposibile), premise absolut necesare pe care copilul nu le îndeplinește.

136. DELIR (CU) ECLIPSE^(D) ● A fost descris de LEGRAIN în alcoolismul cronic, ca o formă de psihoză în care conținutul delirant revenea periodic și stereotip și care în literatură apare sub numele de →ECLIPSĂ CEREBRALĂ.

137. DELIR (DE) INTUIȚIE^(D) ● Termen prin care TRAGOWLA și DUBLINEAU descriu o serie de deliruri: deliruri de intuiție pură, deliruri cu predominanță intuitivă și delir cu debut intuitiv. În prima categorie este vorba de construcții delirante întreținute în mod unic prin aport continuu sau discontinuu de intuiții care se întind sau se juxtapun. În a doua categorie se include forma cea mai frecventă de prezentare a delirurilor de intuiție. Nosografia lor se întinde de la psihozele afective până la stările confuzionale. Delirurile cu debut intuitiv pot îmbrăca fie aspectul unor megalomanii, fie pe cel al unor deliruri erotomanice. Autorii ajung la următoarele concluzii:

- delirurile pasionale evoluează gravitând în jurul unei idei, pornind de la o concepție intuitivă §
- delirurile cu predominanță intuitivă se dezvoltă, în mod obișnuit, pe un teren afectiv sau subconfuzional §
- unele psihoze cu debut intuitiv trec de la o fază intuitivă, pură sau cu predominanță intuitivă, către o stare schizofrenică §
- nu se poate delimita o psihoză intuitivă autonomă.

138. DELIR (AL) INVENTATORILOR^(D) → INVENȚIE^(D) delir.

139. DELIR ÎN DOI^(D) (FOLIE À DEUX) — sin. DELIR INDUS ● Delir manifestat simultan, cu conținuturi asemănătoare sau identice la doi indivizi aflați în proximitate și având, de obicei, o tematică persecutorie. Termenul îi aparține lui LE GRAND DU SAULLE, iar descrierea magistrală, făcută de FALRET și LASÈGUE (1877), își păstrează și în prezent finețea observației și actualitatea. Condițiile speciale în care se poate înregistra delirul în doi (după acești autori) sint: existența unui inductor mai inteligent decât indusul, acesta din urmă având un rol pasiv, de receptor, care, sub presiunea activă a delirantului, „rectifică” și „coordonează” conținutul delirant, devenit

o „creație comună” și cei doi subiecți trebuie să locuiască împreună și să împărtășească un mod de viață comun, având interese, aspirații și temeri comune și delirul trebuie să aibă un grad de „credibilitate” care să-l mențină în limitele posibilului. Această condiție este obligatorie pentru a se putea realiza transferul ideo-afectiv. Delirul în doi nu este în raport cu vîrsta și apare mai frecvent la femei, cu predilecție în cuplurile mamă-fică, dar și în cupluri mixte și majoritatea absolută o reprezintă însă cuplul soț-soție, în care inductorul masculin este numai cu un procent mic mai frecvent decît cel feminin. În cea mai mare parte a cazurilor, indusul este mai puțin „convins” de delir, fenomenele delirante avînd la el o pondere mai redusă. Factorul ereditar, adus în discuție de autorii clasici, a fost reluat în considerație de KALLMAN și MICKEY, care arată că „doar eliminarea factorului ereditar dă posibilitatea de a se vorbi de un delir à deux” (1946). J. DELAY va arăta totuși că nu ereditatea, ci viața în comun, „diviziunea muncii delirante” (CLÉRAMBAULT) și predispoziția spre delir a partenerului influențează efectiv apariția delirului. Separarea subiecților duce la dispariția simptomatologiei la cel indus fără un tratament specific. Această separare trebuie să fie însă reală și completă, deoarece experiența a arătat că internarea subiecților în secții diferite ale aceleiași spital oferă posibilitatea continuării bolii. REGIS a diferențiat delirul în doi de delirul simultan.

140. DELIR (DE) METAMORFOZĂ^(D)
sin.
→ METABOLIC^(D) delir.

141. DELIR MIXT^(D) ^{sin.} → COMBINAT^(D) delir.

142. DELIR TRANZITORIU^(D) ● Termen sub care autorii clasici din secolul trecut (KRAFFT-EBING, SCHWARZ, REGIS, VAL-LON) descriau accese delirante foarte scurte și nerecidivante (de obicei de origine toxicoinfectioasă).

143. DELIRIUM TREMENS^(D) (cf. lat. *delirium* și tremere „a tremura”) ● Encefalopatie metabolică acută care complică episodic și uneori repetitiv evoluția alcoolismului cronic constituit ca dependență fizică. Termenul este folosit prima oară de SUTTON (1813) și leagă într-o sintagmă deosebit de sugestivă cele două caracteristici clinice principale ale acestei stări confuzionale, cu debut brusc: delirul și tremurăturile.

ROUYER va fi cel care va stabili relația dintre delirium tremens și alcoolism, iar MAGNAN îl va izola de celelalte deliruri alcoolice (1874). MARCHAND va arăta apartenența acestui delir la grupul delirurilor acute, iar BOUDIN și LAURAS vor descrie sindromul biologic care îl însoțește.

Delirium tremens survine mai rar în ultimele decenii, odată cu introducerea medicației sedative în stadiul prodromal. Interesează de obicei adultul (vârsta medie 45 ani) alcoolic (după mai mulți ani de consum) și constituie o urgență medicală redutabilă. Cauza declanșantă obișnuită este sevrajul brusc, voluntar sau determinat de o infecție intercurrentă, afecțiune traumatică, chirurgicală, hemoragică, de o internare pentru afecțiuni banale sau episoade de beție acută, detenție, lipsa resurselor bănești necesare procurării băuturii etc.

Dependența fizică și psihică al căror simptom este deliriumul tremens urmează unui stadiu de toleranță, „veritabilă perioadă de adaptare fiziologică și enzimatică la intoxicația alcoolică” (NINET, 1983). Mecanismele biochimice ale deliriumului tremens sînt incomplet clarificate pînă în prezent. Se presupune că ar fi vorba de persistența hiperactivității enzimatică a sistemului microsomal hepatic din stadiul de dependență a alcoolismului cronic, care ar produce exagerarea metabolismului (LIEBER, 1978), teorie ce este valabilă pentru explicarea toleranței, nu și pentru cea a dependenței (NINET) sau ar putea fi implicate variații ale nivelurilor neurotransmițătorilor (dopamina, 3-metoxi-tiramina, noradrenalina, 5-hidroxi-triptofanul scăzute la nivelul nucleului caudat — CARLSSON, 1978). Tremurăturile ar fi de natură hiperadrenergică cu creșterea met-metoxi-parahidroxi-fenil-glicolului (MHPG) în lichidul cefalorahidian și cu scăderea acidului 5-hidroxi-indolacetic (5-HIAA) (BECKMAN, 1977). KOYAMA (1977) a găsit o scădere tisulară a acidului gamaaminobutiric la epilepticii alcoolici, ceea ce l-a făcut să considere că alcoolul se comportă la nivelul cerebral ca un precursor al acestui acid, deși HAWLEY ș.a. (1981) nu au găsit modificări ale GABA în lichidul cefalorahidian la alcoolicii în sevraj. Se mai presupune că ar juca un rol neuromediatorii anormali rezultați prin condensarea neuroaminelor cerebrale cu acetaldehida (salsolinolul — asemănător cu alcalozii din peyotl, tetrahidropapaverolul, tetrahidroquinolinele) care, fie că ar inhiba competitiv fixarea neuroaminelor fiziologice, fie că ar acționa prin mecanisme asemănătoare morfinei asupra opioreceptorilor, substituindu-se ca substrat fiziologic al endorfi-

nelor situîndu-se astfel la originea dependenței și sevrajului care ar fi deci identic cu cel al altor droguri. Dar această ipoteză nu este verificată datorită absenței toleranței încrucișate la morfină și alcool. Nu sînt încă clare rolul sistemelor encefaline-endorfine și ale receptorilor, enzimelor și componentelor lipidice membranare (deși se vorbește de o veritabilă „boală a membranei celulare” în alcoolismul cronic). Se reține totuși o perturbare, în sevraj, a cuplării („binding”) GABA de receptori (TICKU, 1980), o scădere a activității ionilor de sodiu, potasiu și a adenozintrifosfatazei (COWAN, 1980), un blocaj al receptării calciului (HARRIS, 1980), perturbarea cuplării betareceptorilor cu anumite enzime, ca tirozina, hidroxilaza, adenilciclaza (BLACK, 1980). Se presupune, de asemenea, că în alcoolismul cronic apare o creștere a colesterolului membranar (GOLDSTEIN, 1981), avînd drept consecință apariția fenomenului de toleranță (prin diminuarea progresivă a capacității de fixare membranară a alcoolului — SCHROEDER, 1981) și modificarea proprietăților electrice membranare prin modificarea mediului de funcționare a enzimelor și receptorilor membranari (SCOTT, 1981). Consecințele acestor modificări complexe, dovedite sau parțial demonstrate, sînt perturbările hidroelectrolitice, hiperadrenergia, perturbarea fazelor somnului, apariția crizelor epileptice, tulburări de sincronizare a transmisiei neuromusculare, care ar explica și ele apariția tremurăturilor (NINET).

Tabloul clinic prezintă variații în funcție de stadiul și evoluția episodului:

● *Faza prodromală*: apare la 12–48 ore după sevraj (stadiul de predelirium, în care, în prezent, de cele mai multe ori, sindromul este cupat terapeutic prin intervenția medicală de urgență). Simptomatologia este discretă și scurtă, riscînd să treacă neobservată de bolnav și anturaj: discret tremor labio-digital cu dificultăți de vorbire, senzație de oboseală, marelă generală, crampe musculare, grețuri și vărsături, uneori inapetență pentru alcool și alimente, incoordonare motorie, transpirații, rareori tulburări de echilibru. Simptomele psihice constau în insomnii, visuri profesionale sau coșmaruri însoțite de tresăriri în somn și anxietate.

● *Faza de stare*: constă în alterarea stării generale, cu accentuarea semnelor somatice și neurologice enumerate. Sindromul neurologic constă în tremurături generalizate, permanente, îndeosebi distale, cu tulburări consecutive de coordonare a mișcărilor și inabilitatea subiectului de a executa acțiuni simple,

chiar gesturi uzuale. Dizartria devine evidentă, logoreea se desfășoară cu o voce nesigură, neclară, bolborosită, iar ataxia determină tulburări de echilibru și mers cu tendință la cădere. În cazurile grave pot apărea tulburări de deglutiție, hipertonie de opoziție la mobilizarea musculaturii cefei și membrilor, diminuarea sau abolirea reflexelor ahiliene, chiar o reacție ușoară de prehensiune (grasping). În absența unei cauze neurologice a declanșării sevrajului lipsesc semnele de focalizare: pupilele sînt egale, simetrice, reflexele cutanate plantare se fac în flexie și lipsesc modificările EEG, ale fundului de ochi și ale lichidului cefalorahidian. Uneori scena clinică a deliriumului tremens este deschisă de crize convulsive generalizate (rumfits), unice sau multiple, chiar de o stare de „rău epileptic”. Frecvența lor este variabilă, după diferiți autori (oscilînd între 10—25% din cazuri). Crizele convulsive survin la alcoolicii care nu au prezentat anterior o epilepsie și apar ca urmare a scăderii pragului convulsivant, favorizată de hipocapnie și alcaloza respiratorie, secundare hiperventilației, ce apare în prima zi de abstenență, precum și de hipomagneziemie. Sînt de asemenea implicate hipoglicemia și carența de B₆. Delirium tremens poate succeda imediat crizele convulsive sau poate apărea după intervale variabile (12 ore—5 zile); persistența crizelor convulsive pe parcursul deliriumului poate sugera coexistența unei leziuni cerebrale.

Sîndromul neurovegetativ, asociat celui neurologic, constă în hipertermie de origine centrală, ce poate crește progresiv la 41°C, în absența oricărui proces infecțios concomitent, însoțită de sudorație abundentă, constantă, cu semne marcate de deshidratare intra- și extracelulară (sete accentuată, uscăciunea mucoaselor, pierderea de greutate, scăderea tensională, tahicardie, oligurie).

Semnele umorale alcătuiesc sindromul bio-umoral, „veritabilă catastrofă biologică” (PÉLICIER): hemoconcentrație, hiperazotemie și hipermetabolism azotat cu creșterea ureei urinare (8 g ‰), hipokaliemie relativă (130—150 mg ‰) cu hiperkaliurie (2—5 g/zi), hipernatriemie cu natriureză scăzută, acidoză metabolică și creșterea corpilor cetonici sanguini și urinari, prin mobilizarea neoglicogenezei de origine protidică, eozinopenie.

Sîndromul psihic constă într-un delir confuzo-oniric, de intensitate și complexitate variabile. Debutează cu iritabilitate și anxietate, obnubilarea conștiinței, inițial odată cu inserarea, apoi sub forma unor accese scurte confuzive și de dezorientare, intricate cu primele ele-

mente ale delirului, care apare sub forma unor bufeuri de halucinații și iluzii vizuale tranzitorii, generînd agitații anxioase, privite la început critic de către bolnav. Apoi confuzia devine completă, dezorientarea auto- și alopsihică profundă și delirul devine polimorf, bogat, nesistematizat, labil (accentuat de obscuritate, contenție, anturaj), de aspect oniric. Halucinațiile sînt polisenzoriale, dar de obicei vizuale (paraidolii) și mai rar auditive, amestecîndu-se cu elemente din realitatea ambiantă și organizîndu-se în scene terifiante. Zoopsiile sînt cele mai frecvente, fiind percepute ca animale obișnuite sau fantastice, înfricoșătoare, mobile, agresive, care se mișcă pe pereții camerei. Temele profesionale ale delirului sînt cele mai obișnuite, bolnavul interpelînd sau aruncînd invective colegilor imaginari, dorînd să lucreze în pofida stării sale. Această activitate delirantă onirică se însoțește de insomnie totală, trăită intens anxios, generînd agitație extremă și bolnavul schițează mișcări dezordonate sau manipulează obiecte imaginare și se pot declanșa astfel reacții de fugă (cu defenestrare) sau de apărare (cu agresiune). Sechelar rămîne aproape todeauna o amnezie lacunară a întregii perioade confuzionale, cu o idee fixă postonirică.

Evoluția depinde de detectarea precoce și instaurarea promptă a tratamentului adecvat care asigură vindecarea în majoritatea cazurilor. Mortalitatea a scăzut de la 30% la 15%, după introducerea terapiei sedative și a rehidratării (THOMPSON, 1975) și poate atinge totuși valori de 25% în cazul asocierii unei patologii viscerale majore. Formele mortale sînt fie cele grave „d'embrée”, cu tulburări neurologice severe și crize convulsive, fie formele tratate tardiv sau insuficient. Se poate astfel ajunge la deshidratare gravă, comă hipertermică, colaps cardiac, șocul sau complicații care pot, de altfel, să fi fost implicate și în declanșarea sevrajului (hemoragii digestive, insuficiență hepatică, comă prin hiperamonie, bronhopneumonie, septicemie cu șoc septic, hemoragie cerebromeningeană, hematom subdural, tromboembolie pulmonară, tulburări de ritm cardiac). Evoluția la distanță este nefavorabilă, existînd posibilitatea recăderii, datorită continuării consumului (prin dependența fizică) și instalării altor complicații (neurologice) ale alcoolismului cronic. Complicațiile psihice constau în ideea fixă postonirică, psihoza delirantă cronică, sindromul Korsakov, demența Gayet-Wernicke, atrofia cerebrală cu demență profundă.

Diagnosticul diferențial se face cu alte tulburări psihice acute care interferă evoluția alcoolis-

mul cronic : beția complicată, encefalopatia hiperamoniemică și cea carențială. Alte afecțiuni care pot declanșa delir la un alcoolic, pot fi confundate cu deliriumul tremens : infecții pulmonare, meningite, septicemii, infecții intestinale, urinare, hemoragii digestive, meningee, traumatisme craniocerebrale cu risc de hematom subdural. Mai trebuie luate în considerare și alte afecțiuni care pot genera stări delirante (delirium) asemănătoare deliriumului tremens, dar în care etiologia alcoolică lipsește : pancreatita acută, atingeri septice severe, leziuni neurologice prin tulburări de circulație cerebrală, perturbații metabolice (hipoglicemie, hipercalcemie).

Tratamentul urmărește următoarele obiective :

● **Corectarea tulburărilor metabolice și nutriționale** : rehidratare (parental și per os — 2,5 litri lichid pe zi în primele 48 de ore) și corectarea dezechilibrului electrolic va fi asociată rehidratării (4 g NaCl și 2 g KCl cel puțin, la un litru de perfuzie), pentru a evita riscul hiponatriemiei severe prin rehidratare intempestivă. Se adaugă 10 ml sulfat de magneziu 20%, 10—40 ml clorură de calciu 10% sub controlul ionogramei și aport vitaminic (tiamină — 1 g i.m. în prima zi și 500 mg zilele următoare —, vitaminele B₆, PP, B₁₂, K).

● **Prevenirea și tratarea complicațiilor de natură infecțioasă** : se consideră că un bolnav din trei prezintă o afecțiune de această natură, care a constituit factorul declanșator al deliriumului tremens și se datorează depresiei imunitare înaltă frecvent la alcoolici și 80% din decese survin într-un tablou infecțios grav. Cel mai des implicați sînt bacilii gram-negativi și pneumococul. Antibioterapia precoce, condusă de antibiogramă, poate soluționa multe din aceste cazuri.

● **Sedarea** : sînt preferate benzodiazepinele și meprobamatul pentru acțiunea lor combinată, anxiolitică, miorelaxantă și eventual anticonvulsivantă, asociată slabei lor toxicități și bunei manevrabilități terapeutice. Meprobamatul a fost primul sedativ utilizat în tratamentul deliriumului tremens. În primele 48 de ore de spitalizare se administrează 800 mg. i.m. sau per os, de 4—8 ori pe zi, obținându-se pe lângă sedare și o bună prevenire a apariției crizelor convulsive. Nu se vor depăși 6 g/zi pentru a nu crește riscul de colaps (prin vasoplegie și insuficiență ventriculară, stîngă) și de insuficiență hepatică și deși aceste riscuri nu sînt citate constant în literatură unele cauze de deces în delirium tremens nu sînt clare, ceea ce determină luarea lor în

considerare (NINET). Benzodiazepinele (clordiazepoxidul, diazepamul) sînt frecvent utilizate datorită eficacității superioare meprobamatului și, în general, oricărei alte substanțe sedative, inclusiv heminevrinului. Dintre neuroleptice sînt preferate butirofenonele (în cazurile de agitație confuzivă delirantă sau delirant-onirică intensă). Pentru efectul lor anti-convulsivant, în cazul convulsiilor apărute în primele 48 de ore, dar și profilactic sînt utilizate difenilhidantoina (Dilantin, Fenitoin, Epanutin) și clometiazolul (Hemineurin, Distraneurin), substanță cu mare valoare terapeutică în delirium tremens datorită efectului sedativ asociat și efectelor secundare reduse (hipotensiune moderată, ușoară hiposecreție bronșică). Spitalizarea se va face în servicii dotate, luminoase pentru a evita recrudescența simptomatologiei psihice la obscuritate.

144. DELITON^(M) Japonia — DCI Clotiapină ● Neuroleptic, derivat dibenzotiazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil)benzo/b, f/1,4/-tiazepină, cu acțiune dublă : inițial anxiolitic-sedativă și în continuare antipsihotică. Are efecte secundare comune cu ale NL incisive, cărora li se adaugă și hipotensiunea. Nu se administrează în psihiatria organică și la vîrstnici.

145. DELTA — ritm EEG ● Unul din ritmurile principale, alături de α , β , θ , ale activității bioelectrice a creierului, format din oscilații diferențiate prin frecvență, amplitudine, morfologie, localizare, proporție, în traseu, mod de răspuns la stimuli. Frecvența : 0,5 pînă la 5,5 c/s, cu variații foarte mici : $\pm 0,5$ c/s. Amplitudinea : 20—150 μ V. Morfologia : polimorf sau sinusoidal, asincron, asimetric. Localizare : variabilă (posibil în orice derivații). Proporția în traseu : absentă în mod normal. Stimularea provoacă amplificare. Ritmul delta este prezent din primele luni de viață, fiind considerat fiziologic la sugar; iar la adult are aceeași semnificație fiziologică numai în stare de somn profund. În afara acestor situații prezența ritmului delta reprezintă un element, patologic. Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecțiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului delta :

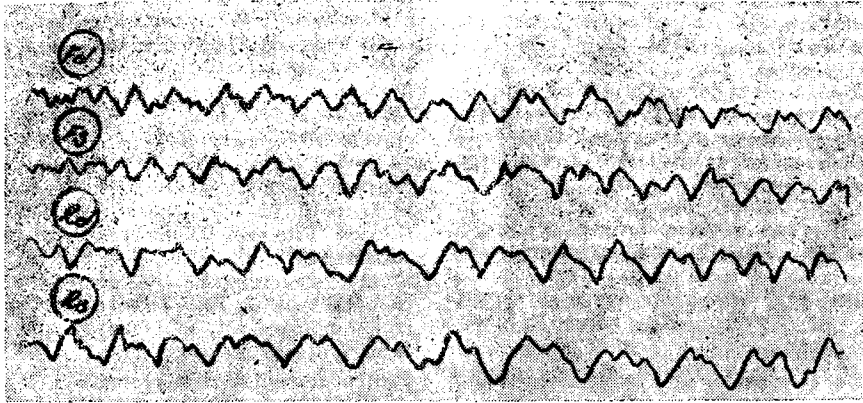
- ritm delta posterior 4 c/s : instabilitatea emoțională a isteriei și
- ritm delta hipersincron : nevroze, spasmodicii și
- ritm delta difuz : imaturitate afectivă, tulburări de comportament.

Ritmul delta evidențiază (corelat cu alte elemente grafice) elemente de patologie psihiatrică organică :

- traumatisme craniocerebrale : prezent ritm delta și teta, intricat în ritm alfa,

trează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

147. DEMADAR^(M) Argentina, Portugalia — DCI Nordazepam ● Tranchilizant, derivat



Delta ritm

cu scăderea frecvenței și amplitudinii alfa în emisfera suferind, poziția sincronismului — interemisferic ¶

- tumori cerebrale : predominanța delta în serii lungi, preponderent unilateral (suferință de focar), sau ritm delta polimorf cu amplitudine și frecvență mică, cu tendință la grupare, prezent în toate derivațiile (suferință generalizată) ¶ la stimulare, amplificarea undelor de partea tumorii ;
- boli vasculare : activitate electrică de tip orizontal (teta, delta), tendință la apăsare, reactivitate scăzută ¶
- demențe presenile : prezența teta, delta în derivațiile temporale (boala Pick) ¶ traseu anarhic, delta polimorf predominant temporal, totală areactivitate (boala Alzheimer).

Variante ale ritmului delta (ritmuri secundare) :

- ritmul pi : frecvență 2—3 c/s ¶ amplitudine 50—70 μ V ¶ morfologie : izolat, lent ; localizare posterioară ¶
- ritmul lambda : frecvență 2—3 c/s ¶ amplitudine 50 μ V ¶ morfologie : „pieptene“ ¶ localizare posterioară.

Ambele ritmuri secundare nu au singure semnificație patologică.

146. DELTAMINE^(M) Franța — DCI Pemoilină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se adminis-

tră benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică, indicat în distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu o bună toleranță și o singură contraindicație — miastenia.

148. DEMALIT^(M) Finlanda — DCI Litiu citrat ● Timoizoleptic — sare de litiu — cu performanțe comparabile cu ale produsului CARBONAT DE LITIU^(M) România → LITIU — săruri.

149. DEMBO-RUBINSTEIN — metodă ● Metodă de evaluare a trăsăturilor de personalitate, pusă la punct de cei doi autori în 1968, care are la bază principiul autoaprecierii. În 1972, T. M. GABRIEL îi adaugă o scală cantitativă.

150. DEMENTE (cf. lat. *dementia* „nebuție“) ● Grup eterogen de afecțiuni psihice, caracterizate prin scăderea generală, progresivă și nereversibilă a activității psihice, condiționate de modificări organice cerebrale care se reflectă implicit asupra activității generale a subiectului. Elementele definitorii sint oferite (în ciuda dificultăților de delimitare nosologică) de : sindromul demential comun, semnele de organicitate asociate, evoluția cronică, ireversibilă sau parțial reversibilă (în funcție de etiologie).

În istoria definirii sale, conceptul de demență a suferit multiple interpretări teoretice, în funcție de achizițiile științifice și de diverse curente biomedicale. PINEL este cel care a

sesizat diferența dintre „slăbirea intelectuală” din demențe și tulburările psihice de cu totul altă factură din deliruri ; ESQUIROL a marcat deosebirea dintre caracterul congenital (idiotia) și cel dobândit (demența) al deficitului intelectual, iar GEORGET (1820) a precizat caracterul de incurabilitate al bolii și stupiditatea manifestărilor (confuzia mintală) ; CHASLIN, BAYLE, BAILLARGER ș.a. au completat cu observații proprii tabloul demențial, făcând distincție între demențele organice (cu leziuni cerebrale evidente) și cele vesanice (stadiul terminal al psihozelor endogene). Psihiatrii germani pun de la început accentul pe „defectul de inteligență” (K. SCHNEIDER), pe care îl diferențiază de grupa oligofrenilor. K. JASPERS, BOSTROEM, GRUHLE ș.a. au semnalat întinderea mult mai largă pe care o are procesul demențial, care atinge nu numai inteligența propriu-zisă, ci și procesele gândirii ; în funcție de aceste dimensiuni, KLOSS propune o clasificare a demențelor în : amnestice, abulice și alogice. Conceperea demenței din perspectiva tulburărilor organice începe prin descrierea degenerescenței cerebrale arteriosclerotice (O. BINSWANGER, 1894 ; ALZHEIMER, 1898). KLIPPEL și LHÉRMITTE (1905) descriu demența senilă pură, iar ALZHEIMER (1906) — demența presenilă ce-i va purta numele ; PICK (1892, 1904) descrie două cazuri de atrofie cerebrală localizată, al căror tablou va fi ulterior definit de ONARI și SPATZ.

Aspectele organice, caracterizate printr-un pronunțat polimorfism, supraevaluate de unii și negate de alții, rămân, în concepția lui ZUTT, elemente de subsumare în cadrul delimitării nosologice a demenței.

Dificultățile de fixare a granițelor afecțiunilor demențiale decurg și din considerente strict psihopatologice, care evidențiază nu numai deficitul apărut la nivelul operării deductive logice, ci și la nivelul aprecierii critice și a autocontrolului, de care depinde ancorarea subiectului în lumea exterioară (PAULEIKHOFF). Lucrările unor autori ca BÜRGERPRINZ, ZEH, AJURIAGUERRA au încercat să abordeze o modalitate de analiză structurală a fenomenului deteriorării din demențe, datorat proceselor de atrofie cerebrală, care implică o regresie secvențială cronologică în ordine inversă achiziționării.

Ultimele decenii au fost caracterizate de eforturi susținute în ceea ce privește stabilirea etiopatogeniei și valoarea unor mijloace terapeutice specifice, care dovedesc, așa cum sublinia WEITBRECHT, că demența nu mai trebuie considerată un deficit ireparabil ; o bună orientare diagnostică, cu evidențierea, acolo unde este posibil, a unei etiologii precise, favorizează astăzi unele terapii de recuperare.

Epidemiologia demențelor oferă date prin studiile efectuate asupra populației de peste 65 de ani, la care în S.U.A. se apreciază un procent de 5% pentru formele severe de demență și 10—15%, pentru formele ușoare și medii. Este semnificativ și aspectul asistenței sociale, care, în această țară, are în îngrijire un milion de subiecți cu demențe, și apreciază că pînă în anul 2000 numărul lor va crește la 1,4 milioane (M. VOLOW), odată cu creșterea duratei medii de viață a populației. Pentru demențele din presenium, prevalența se situează la populația generală între 0,10—0,15%, afectînd predominant sexul feminin (ca și cele senile de altfel).

Etiopatogenia demenței are un determinism multifactorial care se centrează în jurul leziunilor cerebrale, dar la care contribuie în bună parte și patologia sistemică. La acestea se adaugă influența pe care o pot avea asupra debutului și evoluției generale a bolii factorii psihosociali, între care gradul de instrucție, personalitatea premorbidă și factori educaționali au un aport important la capacitatea de compensare a deficitului. În ceea ce privește circumstanțele etiologice generatoare ale procesului organic cerebral, acestea pot fi extrem de variate : infecțioase (bacteriene, virale), vasculare, toxice, traumatice. Nespecifice, polimorfe, diseminate, cu predominanță multifocală sau difuze, leziunile de la nivelul scoarței cerebrale sînt întotdeauna bilaterale, conferind exprimări clinice variate, interferate cu premorbidul specific al personalității bolnavului.

În ceea ce privește clasificarea demențelor, nici unaia dintre clasificările cunoscute nu i se poate atribui o rigurozitate desăvîrșită. MALLETT (1935) împarte demențele în primitive (în care include „demența precoce” kraepeliniană și demențele „accidentale” — ca

paralizia generală, encefalitele psihozice, demențele infecțioase) și secundare (consecutive unor afecțiuni psihice cronice — ca mania, epilepsia, deliruri cronice, sifilis cerebral, demența posttraumatism craniocerebral). Tot criteriul etiologic împarte demențele, fără a ține seama de interferențe, în : vasculare, tumorale, traumatice, postencefalitice, alcoolice, epileptice etc., iar cel de localizare (după JOYNT și SELTZER), în : demențe corticale, axiale și subcorticale. Criteriul cronologic nu poate nici el delimita net momentul debutului unei anumite forme clinice, dar oferă o anumită funcționalitate, operativitate și eficiență în orientarea diagnostică. În baza acestui criteriu, fără însă a-l absolutiza, pot fi considerate următoarele tipuri de demențe :

- demențe ce pot apărea la orice vîrstă §
 - demențe posttraumatice §
 - hidrocefalia cu presiune normală §
 - demențe toxice §
 - demențe din afecțiuni neurologice §
 - demențe din bolile infecțioase §
- demențe presenile :
 - demența Alzheimer §
 - boala Pick §
 - boala Jakob-Creutzfeldt §
- demențe tardive :
 - vasculară §
 - senilă §
 - mixtă.

Diagnosticul pozitiv va trebui să ia în considerare prezența sindromului demențial comun, a semnelor neurologice și a datelor oferite de examenele paraclinice care decelează substratul lezional cerebral. Avînd în vedere demersul diagnostic complex și uneori punctat de dificultăți, WELLS și VOLOW propun o secvențializare a etapelor de diagnostic care ar consta din :

- identificarea generală a subiecților cu demență (respectiv sindromul demențial comun) §
- separarea formelor de demență cu semne neurologice distincte §
- diferențierea în grupul restant a formelor degenerative, reversibile și a pseudodemențelor (depressive, isterice).

Nici un examen psihic și somatic amănunțit nu poate stabili totdeauna cu precizie în ce punct sfîrșește o funcție normală și unde

începe demența, de aceea situațiile de supra- sau subapreciere nu sînt tocmai rare.

Sindromul demențial comun este marcat de deteriorarea severă a performanțelor intelectuale și cognitive ale subiectului, în primul rînd (cronologic) în sfera atenției (dispersată, fatigabilă) și a memoriei (decalaj între memoria de evocare și a faptelor recente), dar și la nivelul gîndirii abstracte, operaționale, în domeniul achiziționării de noi informații și aptitudini. Ritmul gîndirii se încetinește, cursul îi este întrerupt de asociații verbale prin asonanță sau contiguitate, marcat de circumstanțialitate, adezivitate. Atitudinile abstracte (GOLDSTEIN) sînt dificil de aplicat în practică, generalizarea se face cu dificultate, formarea de noi concepte și sesizarea similitudinilor sau diferențelor dintre ele este greoaie sau imposibilă, ca și distincția dintre esențial și neesențial sau elaborarea de planuri de viitor. Absența conștiinței, caracterul morbid al tulburărilor și aprecierea eronată a unor fapte reale (care nu sînt interpretări delirante) au drept repercusiune o restrîngere a sistemului de valori etico-morale.

Tulburările afective din cadrul sindromului demențial comun își pun amprenta de la început asupra tabloului clinic, prin diminuarea pînă la dispariție a controlului emoțional (descărcări afective violente), iritabilitate, superficialitatea sentimentelor, alternări rapide de la un pol la altul (autodeprecie — euforie). Scăderea motivației și a elanului vital prin restrîngerea sferei de interese generează apatie, indiferentism.

Tulburările de personalitate și de comportament pot merge de la accentuarea unor trăsături caracteristice premorbide, pînă la veritabile modificări patologice. Se pot întîlni : tendința de închidere în sine, subiectul evitînd competiția și schimbările § accentuarea trăsăturilor obsesive, cu încăpăținare, meticulozitate, rigiditate morală, și coexistența lor cu obsesii și fobii § accentuarea trăsăturilor paranoiace, cu atitudini disprețuitoare la adresa celorlalți și tendință spre interpretări. Comportamentul este modificat în sensul unor destrucțiuni ale conduitelor datorate scăderii judecării, apragmatism legat de dezinteres, conduite care nu mai respectă normele sociale, cu impolitete, trivialitate, impulsivitate agresivă sau sexuală, avînd uneori implicații medico-legale.

Starea demențială evoluată reunește caracterele clinice prezentate mai sus, dar cu un grad crescut de severitate, cu dezorientare

temporo-spațială totală, discurs incoerent, indiferență totală, inadaptare în raport cu solicitările exterioare, neglijarea autoîngrijirilor.

Starea terminală este marcată prin incapacitatea subiectului de a se autohrăni, de a-și păstra igiena. Apare gatismul, care, alături de inerția motorie, grăbește sfârșitul. Testele psihologice de apreciere a deficitului cognitiv și intelectual își găsesc eficiența doar în fazele incipiente ale unei demențe lent progresive, un tablou demential evident nemai-avînd nevoie de evaluare psihometrică și sint folosite în diagnosticul diferențial ale pseudodemențelor și în unele localizări cerebrale focale.

Electroencefalografia este astăzi limitată în aplicarea sa de progresele pe care le-a adus tomografia computerizată, dar și de alte tipuri mai vechi de investigație (pneumoencefalografia, examenul fundului de ochi, arteriografia cerebrală, examenul lichidului cefalorahidian — presiune, reacții biologice pentru lues etc.).

Diagnosticul diferențial se face în funcție de stadiul bolii :

- În faza de debut se realizează comparativ cu :
- stările confuzionale — evoluție scurtă, accentuare vesperală, răspuns terapeutic ?
- sindromul Korsakov — conservarea capacității de raționament și judecată, evoluție frecvent tranzitorie ?
- stările depresive — tulburări afective intense, care nu modifică capacitatea operațională ; în cazul depresiiilor inhibate; diagnosticarea acestora devine extrem de dificilă; proba terapeutică avînd semnificație decisivă.
- Pentru perioada evolutivă se realizează comparativ cu :
- oligofreniile — ESQUIROL, subliniind diferența esențială dintre aceste două entități, nota : „dementul este un bogat care s-a ruinat, debitul mental este născut sărac și rămas sărac” ?
- stările terminale ale psihozelor delirante cronice — antecedentele, simptomatologia specifică ?
- pseudodemențele isterice și depresive.

Tabel nr. XLVI

Criterii	Pseudodemența isterică	Pseudodemența progresivă	Demența de tip vascular	Demența de tip degenerativ
Debut	brutal, în circumstanțe psihotraumatizante rapid (zile)	± brusc	± brusc	insidios
Mod de instalare		rapid (săptămîni)	lent (luni)	lent (ani)
Evoluție	variabilă, legată de persistența stărilor conflictuale	stabilă sau ameliorare	degradare în sector	progresivă
Simptome depresive	—	+++	++	+
Labilitate emoțională	+++	+	++++	0
Trăsături paranoice	+	+	++	+++
Dezorientare	++		+++	+++
Scădere intelectuală	paradoxală și neomogenă	omogenă	neomogenă	omogenă
Răspuns la antidepresive	—	+++	+	0

În ce privește demențele secundare, prezența factorului etiologic specific și al legăturii temporale cu acesta (succesiunea stărilor dementiale) ușurează diagnosticul diferențial.

Diagnosticul diferențial între diversele tipuri de demențe se face după următoarele criterii :

Tabel nr. XLVII

Criteria	Demența Pick	Demența Alzheimer	Demența arteriopatică	Demența senilă
1	2	3	4	5
Vârsta obișnuită a debutului	50—70 ani	45—65 ani	peste 60 ani	peste 70 ani
Tipul debutului	progresiv	insidios dar rapid	consecutiv unui ic-tus sau progresiv	insidios sau apa-rentiv reactiv
Tabloul clinic : ● afectivitate	euforie de tip moriatic sau a-patie	agitație anxi-oasă	disforie anxioasă, instabilitate afec-tivă	inertie afectivă, să-răcie emoțională
● comunicare	aspontaneitate, stereotipii ges-tuale și ver-bale, sindrom PEMA	sindrom afazo-agnozo-apraxis, iterații verbale	sindrom afazo-aga-noz-apraxis dis-cret (afazii de ex-presie sau paradig-matice — după lo-calizare)	reducere progre-sivă a vocabularului (afazie amnestică), vorbire perifrazică, destructurarea con-strucțiilor sintaxi-ce; logoree sterilă
● noetic	alterare predo-minantă a ca-pacității opera-ționale	tulburări grave de memorie	funcțiile intelec-tuale sint modifi-cate în grade varia-bile	scăderea globală a tuturor funcțiilor intelectuale cu pre-dominanță mnezică
● conștiința	nu are critica bolii și fără ma-nifestări confu-zionale	conștiință rela-tivă a tulbură-rilor, dezorien-tare precoce și constantă și epi-soade confuzio-nale	conștiința tulbură-rilor trăite drama-tic și episoade con-fuzionale	absența conștiinței bolii și dezorientare dominant tempo-rală, posibile epi-soade confuzionale
Tulburări neu-roligice	crize hipotonice	crize comițiale, astazoabazie, hipertonia pira-midală	simptome parkin-soniene, vestibulare și cerebeloase, semne piramidale constituind sindromul pseudobulbar	stereotipii gestu-ale, reapariția re-flexelor arhaice, mișcări de regresii-dune demențială
Examen psiho-logic	alterarea gin-dirii conceptu-ale	test Benton mo-dificat (apraxie constructivă și vizuală), dete-riorare mnes-tică	modificarea func-țiilor simbolice (afa-zie latentă, test Binois și Pichot), modificări caracte-riale	nesemnificativ în contextul involu-ției
Examen para-clinic ● FO ● EEG	— puțin modificat (uneori antre-nare bioelec-trică la hiper-nee)	— disritmii lente difuze (θ, Δ , hiper-voltate), ac-tivități paroxis-tice	— modificări caracte-ristice disritmii, semne de suferință asimetrică	— modificări nespeci-fice datorate vârstei traseu puțin dezor-ganizat, cu unde lente difuze sau în focar.

Tabelul XLVII (continuare)

1	2	3	4	5
● PEG și/sau tomografie computerizată	atrofie corticală fronto-temporală, dilatarea masivă și simetrică a coarnelor ventriculare frontale și temporale	atrofie corticală difuză cu predominanță parieto-occipitală; dilatare globală a sistemului ventricular, predominant occipital	atrofie cortico-subcorticală, cu dilatări asimetrice limitate ale unei porțiuni ventriculare	atrofie cortico-subcorticală difuză, predominant fronto-temporală
Evoluție	progresivă, către o demență cu mutism, inerție, gatism și deces în 4—6 ani	deces, precedat de o stare cașectică hipertonică, după o evoluție de 3—5 ani	evoluție oscilantă cu agravări subite succesive; după confirmarea stării demențiale, evoluția spre exitus este rapidă (2—3 ani)	agravare progresivă ducând la deces în 4—8 ani

Evoluția este marcată de debutul brutal sau acut (demența posttraumatică, infecțioasă), dar cel mai frecvent insidios, progresiv (demența Alzheimer, demența senilă și arteriosclerotică). Atât demența senilă cit și cea Alzheimer și Pick evoluează de obicei în 4—10 ani, o perioadă relativ lungă față de cea din demența arteriosclerotică (2—3 ani) sau cea din bolile neurologice degenerative (3—4 luni în boala Jakob-Creutzfeldt), trecind printr-o stare cașectică spre exitus.

Marele polimorfism pe care îl îmbracă tipurile de evoluție (amelioări, agravare progresivă, staționare, în cascadă, interferată de episoade psihotice de tip confuzional, delirant, depresiv, stabilizare după episodul acut ce a marcat debutul) este strict dependent atât de forma clinică, cit și de măsurile terapeutice instituite. În ciuda insuccesului terapeutic la mai mult de o jumătate din cazurile de demență sau a absenței unui tratament etiologic al distrugerilor neuronale, principiile de tratament vizează: măsuri profilactice la nivelul populației aflate la vârsta a treia în continuă creștere, ca urmare a ridicării duratei medii de viață; profilaxia și tratamentul corect al bolilor cardio-vasculare, în special al aterosclerozei; promovarea unei sănătăți fizice și psihice a bătrînului, cu regim echilibrat de viață, alimentație rațională și evitarea toxicomaniilor minore.

În ceea ce privește demențele secundare, tratamentul poate fi în unele cazuri specific (paralizia generală progresivă, demența al-

coolică, demența epileptică) sau nespecific (celelalte forme clinice), de tip trofic și simptomatic.

151. DEMENȚE DIN AFECȚIUNI NEUROLOGICE ● Asocierea tabloului demențial în faza terminală a unor boli neurologice prezintă o realitate clinică într-o serie de afecțiuni: procese înlocuitoare de spațiu (tumori benigne/maligne, anevrisme, chisturi coloidale, hematoame cronice subdurale, abcese cronice, chisturi parazitare, tuberculoame, limfoame și leucemie), epilepsie, hidrocefalie cu presiune normală, coreea Huntington, boala Parkinson și unele forme de scleroză laterală amiotrofică. Dintre toate afecțiunile neurologice enunțate, hidrocefalia cu presiune normală prezintă un interes aparte, fiind parțial reversibilă prin intervenție neurochirurgicală efectuată în urma unui diagnostic precoce. Descrisă de ADAMS și HAKIM, această formă de demență asociază trei elemente: deteriorare progresivă cu apatie, tulburări de mers și tulburări sfincteriene, substrat lezional reprezentat de hidrocefalia cu presiune normală sau chiar scăzută, datorată intercomunicării sistemului ventricular și deficitului de reabsorbție a lichidului cefalorahidian.

Un examen psihiatric și neurologic atent va fi suficient de cele mai multe ori pentru orientarea diagnosticului etiologic al acestei demențe, în care tabloul neurologic apare cu multă vreme înaintea tulburărilor psihice de tip deteriorativ.

152. DEMENTE DIN BOLI INFECȚIOASE

● Evoluția unor infecții meningoencefalitice (bacteriene sau virotice), dar și a altor boli infecțioase, cum sînt: bruceleza, sifilisul, panencefalita subacută sclerozantă (PESS), boala Kuru și leucoencefalopatia multifocală poate conduce uneori către un tablou demențial. Caracterelor clinice generale ale sindromului demențial li se adaugă semnele clinice specifice ale afecțiunii infecțioase subiacente, o formă aparte fiind reprezentată de meningoencefalita sifilitică, cu un tablou clinic ce se bucură de o descriere specială → PARALIZIA GENERALĂ, DEMENTE.

153. DEMENTĂ MIXTĂ ● Realitatea clinică a impus luarea în considerare a unor forme de demențe în care delimitarea clinică este dificil de făcut. Tabloul complex asociază semne psihice și neurologice, iar imaginile histologice nu indică diferențieri notabile între aspectele de plăci senile și cele de tip arteriosclerotic. Formele pure de demență senilă sau arteriosclerotică sînt rare, demențele mixte reprezentînd circa 4/10 din totalul demențelor senile și debutînd mai frecvent prin ictus. Nu pot fi delimitate granițe precise între cele două mecanisme etiopatogenice.

154. DEMENTĂ POSTTRAUMATICĂ ● Survine la un interval apreciabil (circa 2 ani) după un traumatism craniocerebral cu pierderea conștienței pe o durată variabilă (ore, zile, săptămîni) și clarificarea conștienței se face după trecerea subiectului printr-un sindrom confuzo-delirant. Deteriorarea globală pare a se datora afectării globale și difuze a substanței cerebrale, chiar dacă sînt prezente și semne de focar (hemipareze cu sindrom de lob frontal, sindrom de lob parieto-temporal cu afazie și modificări caracteriale, sindrom de lob temporal cu tulburări mnestice de tipul sindromului Korsakov). Evoluția înregistrează un caracter fluctuant, cu ameliorări sau agravări în funcție de capacitatea subiectului de a-și depăși într-o anumită măsură deficitul sau, respectiv, de surplusul patogenetic pe care îl realizează instalarea unei epilepsii sau hidrocefalii posttraumatice. M. VOLOW, ca și alți autori, este de părere că nu există o relație directă între intensitatea traumatismului și apariția sindromului demențial, dar acesta este în mod cert precipitat de consumul de alcool, prezența unui hematom subdural cronic, a hidrocefaliei cu presiune normală sau chiar a unei demențe presenile (avînd în vedere că demența posttraumatică este mai recventă după 50 de ani).

f Sindromul cunoscut sub numele de „punch-drunkness” (1928, MARTLAND) sau „de-

mentia pugilistica” apare la foștii boxeri și îmbracă o formă de demență în sector, evoluînd progresiv și atingînd sfera afectivității și are ca substrat o demielinizare progredientă → DEMENTĂ.

155. DEMENTĂ PRECOCE ● Separarea acestei entități nosologice a fost unul din cele mai importante evenimente din istoria psihiatriei clasice. Aceasta a dovedit nu numai o clarificare a cadrului conceptual, ci și o diferențiere psihopatologică tranșantă, care a deschis noi orizonturi. Întrevăzută în studiile clinice ale lui PINEL, ESQUIROL, FALRET, DELASIEUVE, MAGNAN, MOUREAU DE TOURS ș.a., demența precoce a rămas dispersată în grupări nosologice diverse. MOREL va crea termenul de demență precoce (1858), descriînd și simptomele esențiale ale catatoniei și evoluția către demențiere (deja în 1851 el vorbea de o „demență stupidă”). Totuși, ca și „idioția” dobîndită a lui ESQUIROL, termenul va trece neobservat într-o epocă în care haosul „nebuniilor ereditare” era în plină efervescență. KAHLEBAUM descrie în 1863 existența unei psihoze de pubertate, căreia îi dă numele de parafrenie hebetică. În 1871, discipolul său, HAEKER, reia studiul acestei boli, pe care o numește hebefrenie și căreia îi notează caracteristicile esențiale: tulburări ale limbajului și scrisului, tendință la repetiție, manierism, evoluție deficitară. KAHLEBAUM va descrie în 1874 catatonia („demența de tensiune”), conferindu-i autonomie clinică. El îi va descrie o anumită ciclicitate evolutivă (melancolie-stupiditate-demență), caracterizînd-o prin verbigeratie și sindromul de „Atonitate”. Cu toată precizia descrierii și originalitatea conceptului, ea nu va avea o soartă prea bună în epocă, fiind sufocată de amalgamul de confuzii mintale, isterie și deliruri acute halucinatorii, descrise caz cu caz la acea vreme. Concepția kraepeliană va realiza o veritabilă operă de sinteză și construcție, preluînd descrierile anterioare și ordonîndu-le sub numele de „dementia praecox” (1893). Cu toate oscilațiile de încadrare inițială, pînă în 1899 cele trei mari forme ale acestei entități: hebefrenică, catonică și paranoidă, vor fi înglobate în clasificarea maestrului din München, cu sublinierea clară a caracterului lor comun — slăbirea intelectuală („Verblödung”). În ciuda criticilor aduse concepției lui KRAEPELIN (imprecizie terminologică, lipsa unor criterii delimitative), ea are meritul excepțional de a fi separat această entitate și de a fi subliniat tulburarea afectivității (inafectivitate), ca notă dominantă în procesul dezintegrării psihice.

Odată cu apariția tratatului lui ASCHAFFENBURG, în care E. BLEULER își intitulează capitolul „Demența precoce sau grupul schizofreniilor”, atît concepția lui KRAEPELIN, cît și denumirea inițială a acestei afecțiuni vor intra într-un con de umbră, în care își vor păstra doar interesul istoric.

156. DEMENȚE PRESENIILE ● Demențele cu debut în presenium. Unanim acceptate de autori diverși, în această categorie sînt încadrate de regulă :

- demența presenilă Alzheimer $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALZHEIMER^(B) boală §
- demența presenilă Pick $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PICK^(B) boală §
- demența Jakob-Creutzfeldt $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JAKOB-CREUTZFELDT^(B) boală, încadrată de unii autori în această grupă.

157. DEMENȚĂ SENILĂ ● Tip de demență degenerativă, care se caracterizează printr-o evoluție cronică și progresivă spre o deteriorare profundă și globală. Debutează tardiv (după 70—80 ani) și se conturează ca un sindrom psihoorganic, peste care se suprapun episoade delirant-halucinatorii, depresiv-hipocondriace, mai rar maniacale și de tip amnestic (KORSAKOV). Descrieri „poetice” ale demenței senile ne parvin din Grecia antică (SOFOCLE, EURIPIDE, ARISTOFAN) sau din partea unui medic al împăratului roman Iulius, fiind îmbogățite ulterior prin lucrările lui BOISSIER DE SAUVAGE (1767), ESQUIROL (1838), CANSTATT (1839). Diferențierile de paralizia generală (WILLES, 1873) sau de arterioscleroza cerebrală (KRAEPELIN), fundamentate pe studii anatomo-clinice (KLIPPEL, LHÉRMITTE), au constituit premise care vor fi completate ulterior cu cercetări histologice și studii genetice populaționale.

Persistă încă puncte de dezacord în ceea ce privește conturarea demenței senile ca un proces de continuum, în raport cu îmbătrînirea fiziologică a creierului, sau acreditarea ideii de „alzheimerizare”, pe care AJURIA-GUERRA (1964) și ALBERI o susțin în sensul că boala Alzheimer ar fi un debut precoce al demenței senile. Această opinie este întărită de rezultatele studiilor neuropatologice, care indică modificări cerebrale microscopice similare în cele două tipuri de demențe, dar cantitativ mai însemnate în cazul demenței Alzheimer. Un oarecare consens pare a se fi realizat după 1972, într-o opinie care ar reuni

toate demențele senile cu debut după vîrsta de 45 de ani, căroră nu li se găsește o altă etiologie (PFEIFFER, 1981).

Date asupra incidenței bolii ne oferă statisticile din S.U.A., care o estimează printr-un procent de 2—4% în cadrul contingentului persoanelor vîrstnice (în a șaptea decadă de viață) și prin cifre care indică 100 000—200 000 decese anuale determinate de demența senilă.

În ceea ce privește etiopatogenia acestei boli, se cunosc puține date care să explice atrofia cerebrală, iar factorii ereditari joacă fără îndoială un rol important dar nu decisiv. Astfel, studiile clasice ale lui KALMAN (1951) pe gemeni au indicat o componentă genetică ce face vulnerabil individul la boală, „apărîndu-l” în mod paradoxal de alte forme de psihoze (KALMAN, 1951 § LARSSON, 1963). A fost demonstrată comuniunea genetică a demenței presenile și a celei senile, diferența fiind reprezentată doar de vîrsta pronunțării debutului (AKESSON, 1963 § LARSSON, 1963 § SLATER și COWIE, 1971). Concluziile pledează pentru o transmitere dominantă autosomală de tip poligenic.

Factorii emoționali par a marca momente importante în agravarea stării psihice a subiectului (decesul unuia dintre soți, situație materială precară anxioasă, schimbarea locuinței etc.).

Anatopatologia demonstrează evidente leziuni atrofice cerebrale difuze, a căror cauză este deocamdată necunoscută § ele afectează predominant lobul frontal, cu pierderi neuronale care realizează „plăci senile” de formă circulară sau în stea, adevărate „cicatrici”, încorporînd fragmente de neuroni atrofiați și celule gliale. Imaginile electronomicroscopice și studiile histochemice reliefează vezicule sinaptice cu acetilcolin-transferaza scăzută (BAWEN și colab.) și diminuarea cantității de metaboliți dopaminergici în lichidul cefalorahidian (acid homovanilic, serotonină etc.). BLESSED și CORSELLIS stabilesc o relație puternic semnificativă între aspectele anatomo-clinice ale slăbirii intelectuale și incidența plăcilor la bolnavii cu demențe senile, deși au fost găsite și cazuri de deteriorare severă fără expresie histologică. Tabloul clinic este marcat de varietatea modului de debut (insidios, nevrotiform, afectiv, pseudoreactiv, acut) și predominanța, în perioada de stare, a tulburărilor de gîndire și memorie (sindrom amnestic). Orientarea temporală, spațială, autopsihică este progresiv și sever afectată, alături de pierderea simțului critic. Se adaugă insomniile cu agitație nocturnă, o creștere

pasageră a poftei de mâncare, tulburări de termoreglare. După o evoluție ce poate dura mai mulți ani, pot apărea tulburări de tip agnozo-aparaxo-afazic, incontinență afectivă, confabulații, stereotipii, deteriorarea progresivă a stării somatice (cașexie, gatism, marasm senil). Formă clinică aparte (și contestată) a demenței senile, presbiofrenia (WERNICKE, 1906), se distinge prin adăugarea la sindromul amnestic a confabulațiilor și falselor recunoașteri, cu relativă păstrare a funcțiilor intelectuale, afectivității și simțului moral.

158. DEMENȚE TOXICE ● Demențe determinate de expunerea prelungită la agenți toxici, care pot determina leziuni cerebrale, parțial reversibile sau definitive. Alcoolul este agentul toxic cel mai frecvent implicat, comparativ cu metalele grele (mercur, plumb, arsenic), cu oxidul de carbon sau cu unele medicamente (în special barbiturice). Medicul psihiatru poate fi pus în situația de a presupune o etiologie toxică a unei demențe atunci când istoricul bolii și prezența concomitentă în tabloul clinic a semnelor de afectare organică și neurologică i-o sugerează.

Dintre numeroasele forme de intoxicație posibile pot fi menționate, selectiv, următoarele asociații ale sindromului deteriorativ :

- colici abdominale, anemie microcitară, neuropatie periferică și lizereu gingival, în intoxicația cronică cu plumb ;
- encefalopatie de formă ușoară, neuropatie periferică motorie și hipotensiune arterială ortostatică (neuropatie periferică autonomă), în intoxicația cronică cu arsenic ;
- sindrom cerebelos și extrapiramidal (tremor, ataxie etc.), în intoxicația cronică cu mercur.

Deși considerată o afecțiune rară, demența asociată alcoolismului (termen preferat de autorii americani celui de demență alcoolică, din motive fiziopatologice) se manifestă în urma unui consum abuziv, intens și durabil, de alcool la un subiect care a renunțat de cel puțin trei săptămâni la alcool și la care celelalte cauze posibile ale demenței au fost înlăturate. Se întâlnește rareori la tineri, și asociază tabloului clinic semne neurologice și somatice interpretate drept complicații ale alcoolismului cronic : sindrom cerebelos, neuropatie periferică, ciroză hepatică.

În privința mecanismului fiziopatologic care stă la baza instalării tabloului demențial, mai există controverse referitoare la modul de acțiune al alcoolului : pentru toxicitatea sa directă asupra sistemului nervos central, ar

pleda reversibilitatea tulburărilor mnezice la întreruperea consumului de alcool sau, indirect, repetitivitatea episoadelor de delirium tremens, a crizelor epileptice din sevră, a traumatismelor craniocerebrale și a deficitelor metabolice multiple, în special de tip tiaminic și hepatic. Se descriu și forme particulare de demențe toxice, a căror evoluție ireversibilă este corelată cu leziuni anatomice bine localizate și importante ca extindere. Astfel, în boala Marchiafava-Bignami (descrisă în 1903) se produce o degenerare a corpului calos (demielinizarea treimii medii pînă la necroză sau atrofie totală), ceea ce antrenează pe plan clinic o demență progresivă și severă, cu hipertonie generalizată, astazoabazie, Babinski bilateral, crize convulsive, oftalmoplegie. Scleroza laminară Morel (descrisă în 1939) are aceleași caractere de progrediență și ireversibilitate ca și boala descrisă anterior (cu care adesea se și asociază), leziunea constind într-un proces de glioză fără reacție inflamatorie la nivelul celui de al doilea strat de celule corticale, mai frecventă în lobul frontal. PREDESCU descrie și o formă pseudoparalitică a demenței din alcoolism, în care predomină ideile delirante de grandoare, apărind consecutiv cu episoade de delirium tremens. În această categorie de demențe poate fi inclus și sindromul Korsakov alcoolic, datorită caracterului ireversibil al tulburărilor deficitare mnezice și al celor de conștiință, în absența unei intervenții terapeutice energice (doze masive de tiamină 50—100 mg). Leziunile sint situate la nivelul formațiunilor hipocampo-mamilo-talamo-cingulare ale sistemului limbic. La tulburările de tip amnestic, se adaugă tulburări de orientare, confabulații și false recunoașteri, iar semnele neurologice conferă sindromului aspectul unei psihopolinevrite.

159. DEMENȚE VASCULARE ● Apar ca urmare a unor procese patologice la nivelul sistemului circulator cerebral, care sint, în ordinea frecvenței : arterioscleroza, ocluzia arterei carotide, arterita temporală, hemoragia subarahnoidiană, malformații arterio-venoase, embolii cerebrale, boala Binswanger. Se datorează îndeosebi modificărilor hemodinamice la nivelul țesutului cerebral, prototipul acestui grup de demențe fiind demența arteriosclerotică sau demența cu infarcte multiple din terminologia anglo-saxonă, caracterizată prin aspectul lacunar în care bolnavul își păstrează multă vreme conștiința tulburărilor.

Incidența bolii poate fi în realitate mult mai mică ; se considera inițial (autorii ameri-

cani o apreciază la 8%, dintr-un grup eterogen de demențe), ca datorându-se unei posibile supraevaluări diagnostice, în care arterioscleroza este prima cauză de boală ce pare cea mai „sugestivă” la o persoană, de obicei de sex masculin, trecut de 60 de ani. Antecedentele vasculare personale și/sau familiale, în special hipertensiunea arterială, joacă un rol important în determinismul bolii, alături de ceilalți factori de risc incriminați în geneza procesului arteriosclerotic în general și a arteriosclerozei cerebrale în mod special → ATEROSCLEROZĂ, ARTERIOSCLEROZĂ CEREBRALĂ. Mecanismul patogenic ar fi datorat multiplexelor tromboembolii arteriolare din țesutul cerebral, având drept consecință formarea unor zone ischemice „lacunare” în talamus, punte, cerebel, ganglionii bazali și în substanța albă periventriculară, care antrenează printre altele întreruperea unor conexiuni între centrii corticali și subcorticali.

Descrierile clinice aparțin în special autorilor germani și francezi, începând cu secolul al XX-lea, concomitent cu diferențierile legate de demența senilă (ALZHEIMER, 1902; KRAEPELIN, 1910 și SPIELMEYER, 1928 etc.) LADAME (1912) opune demenței postapoptice (neurologică) o formă de demență arteriosclerotică cu leziuni difuze (psihiatrică). Aspectul clinic esențial al demenței arteriosclerotice îl constituie caracterul de progresivitate „în trepte”, cu o simptomatologie neurologică variabilă ca extensie și durată (hemipareze, afaze, apraxie etc.) și la fel de fluctuantă pe plan psihic (sindrom confuzional tranzitor, somnolență, labilitate afectivă, sindrom frontal etc.). Această caracteristică conferă bolii un debut paroxistic (sindrom confuzional, sindrom pseudomaniacal sau pseudodepresiv pe fundal anxios intens) sau neurasteniform trenant. Se cunoaște și un debut neurologic prin crize convulsive sau ictus apoplectic (cu tulburări neurologice tranzitorii de focar). Repretarea acestor manifestări, datorate microemboliilor cerebrale, pe parcursul evoluției generale a bolii, va marca, în fiecare episod, agravarea demenței, respectiv a deteriorării funcțiilor cognitive.

Perioada de stare oferă pe prim plan grave și inegale deficite ale diverselor funcții psihice, care pot cunoaște variații în severitate de la o zi la alta sau chiar de la o oră la alta. Memoria și orientarea în timp sînt preponderent afectate în raport cu capacitatea de judecată și raționament. Coșmarurile se pot transforma în veritabile episoade confuzio-

nale nocturne, iar labilitatea emoțională se transformă cu timpul în incontinență afectivă. Personalitatea premorbida a subiectului rămîne multă vreme aparent intactă, deși se fac simțite adesea modificări comportamentale și caracteriale. Aceasta constituie și cauza apariției unor reacții depresive sau anxioase, în care subiectul „asistă” la propriul său declin biopsihologic.

Examenul neurologic poate decela un mozaic simptomatic în care se amestecă simptome de tip parkinsonian (atonie facială, dizartrie, semnul roții dințate, hiperreflectivitate), simptome vestibulare și cerebeloase (amețeli, tremurături intenționale, nistagmus), semne piramidale, scăderea forței musculare a membrilor inferioare, semnul Babinski și semne de focar (afazie, apraxie constructivă, hemianopsie etc.). Examenul paraclinic evidențiază: leziuni vasculare la nivel cerebral, prin modificările fundului de ochi și dezorganizarea traseului EEG, cu disritmii asimetrice și dilatarea asimetrică a unei porțiuni ventriculare sau atrofii corticosubcorticale la tomografia computerizată și existența unui tablou umoral cu un anumit grad de specificitate, în care creșterea lipoproteinelor beta, cuprinzînd și colesterolul, a raportului colesterol/fosfolipide și a lipidemiei ca atare, ar constitui, după PREDESCU, semnele de laborator ale arteriosclerozei.

Examenul psihometric evidențiază afazia lentă la debutul bolii și semnele de deteriorare patologică.

160. DEMENTIA INFANTILIS sin. → DE-
 MENTIA PRAECOCCISIMA sin. → HELLER-
 WEYGAND^(B) boală.

161. DEMETRIN^(M) Austria, Elveția, Iugoslavia, R.F.G., Spania — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se va administra în sarcină.

162. DEMISIE (fr. *demission* și cf. lat. *demittere* „a lăsa să cadă”) ● Tip de reacție sau atitudine, caracterizată prin renunțarea la atribuțiile proprii (obligații) și responsabilități, atitudine generată de o situație obiectivă defavorabilă sau frustrantă, pe care persoana (din diverse motive) nu reușește să o depășească. Împrejurările care favorizează sau provoacă acest fel de atitudine pot fi: di-

vorțul, decesul unei persoane apropiate, conflictul cu autoritatea și în toate aceste situații (și în altele asemănătoare), persoana care demisionează renunță la angajările sale pentru a evita situația conflictuală generatoare de tensiune. Este, în ultimă instanță, o atitudine de inadaptare, de durată mai lungă sau mai scurtă, care apare la persoane imature, la persoane cu Eu slab. În psihanaliză se folosește expresia de „fugă în boală” și în sens strict, această expresie se referă la faptul că subiectul caută în nevroză un mijloc de a scăpa de conflicte. Termenul s-a extins și asupra afecțiunilor somatice, în special a celor cu componentă psihică. Inițial, FREUD folosea expresiile „fugă în psihoză”, „fugă în boala nevrotică”, „fugă în maladie”. Din punct de vedere dinamic, această „fugă” trimite la noțiunea economică de beneficiu al bolii. FREUD leagă fuga în boală de beneficiul primar (→ BENEFICIU PRIMAR și BENEFICIU SECUNDAR). J. DELAY și PICHOT caracterizează demisia ca retragere socială, regresivă (în boală), dependență, repliere pe sine. BARKEL vorbește despre „bolnavii evazionști”, care și exagerează simptomatologia, apreciază ca foarte slabe efectele tratamentului și manifestă o dispoziție pesimistă. Atitudinea demisionară poate avea o intensitate diferită, nu atât în funcție de natura împrejurării care a favorizat-o, cât de particularitățile structural-dinamice ale persoanei în cauză (de exemplu, istericul demisionează cu ușurință) și nevroză în sine poate avea și ea semnificația unei demisii și anumite reacții de rezistență la terapie pot avea de asemenea semnificația unei retrageri, a unei renunțări și un conflict puternic între Supraeu și Eu se poate manifesta într-o atitudine în care demisia se înscrie, fără ca individul să fie conștient de semnificația actului său.

163. DEMNITATE (cf. demn și vezi și lat. *dignitas*) ● Sentiment — atitudine de respect față de sine, față de propria persoană, implicând și atitudinea de considerare și respect față de cei din jur. Presupune existența conștiinței proprii valori, dublată de modestie, corelată și cu conștiința valorii celorlalți. Este exprimată prin conduita corectă în îndeplinirea rolurilor și statutelor sociale. Dezechilibrarea apărută în contextul acestui registru de valori, prin supraestimarea valorii proprii și diminuarea valorii altora, duce la orgoliu, vanitate și, invers, prin minimalizarea propriei valori duce la umilință și auto-abandon.

164. DEMO-CINEOL^(M) Canada — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propanediol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

165. DEMOFOBIE^(F) (cf. gr. *demos* „populație” și *phobos* „frică”) — sin OCLOFOBIE^(F) ● Fobie constând într-o teamă excesivă (anormală) și nejustificată, însoțită de obicei de fenomene neurovegetative, față de aglomerația mare, de lume multă adunată într-un loc (mulțime, gloată), deosebindu-se pe această linie de antropofobie și agorafobie. Este frecventă atât în nevroze (anxioasă, obsesivofobică, depresivă), cât și în psihoze (schizofrenie, depresie melancolică), precum și la personalități psihastenice, isterice, paranoice.

166. DEMOLOX^(M) Anglia — DCI *Amoxapină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-clor-11(1-piperazini) dibenz[b,f][1,4]oxazepină, cu acțiune antidepresivă care se instalează rapid (absorbție 90 de minute, T_{1/2} = 30 h) și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo-și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status post infarct miocardic.

167. DEMONOFOBIE^(F) (cf. gr. *däimon* „zeitate, demon” și *phobos* „frică”) ● Fobie



Alexieff

spectaculoasă, dar rar întâlnită, manifestată prin frica patologică de demoni, stafii, spirite. Nu trebuie confundată cu teama cochetă,

fără notă fobică, a mediilor subculturale sau a personalităților dizarmonice de tip isteric. În cazul în care se manifestă drept fobie, este net expresia unei endogenii.

168. DEMONOLOGIE (cf. gr. *daimon* § *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen inspirat din dogme cu rădăcini în obscurantismul religios, al secolelor trecute, dar cu unele reminiscențe și în prezent. Reprezintă o concepție psihiatrică apusă, după V. PREDESCU (1969), prin care se încerca demonstrarea „originii demonice a bolilor psihice, motivînd tratarea lor prin exorcisme”.

169. DEMONOMANIE (cf. gr. *daimon* § *mania* „nebulie”) ● Termen de interes istoric, utilizat în psihiatria secolului trecut pentru a desemna temele mistico-delirante întîlnite în diversele psihoze. În 1843, MACARIO descrie patru forme ale demonomaniei, pe care o suprapune lipemaniei lui ESQUIROL §

- delirul de condamnare, caracterizat prin convingerea existenței blestemelor și a urmărilor nefaste ale acestora §
- demonomania externă din delirurile cronice mistice, care apare la debili isterici, la obsedați, corespunzînd unui sindrom de influență (include tulburări de percepție de tipul halucinațiilor și iluziilor vizuale, însoțite de idei de persecuție) §
- demonomania internă, corespunzînd sindroamelor de posesiune, caracterizată prin automatism motor sau verbal și prin halucinații cenestezice (bolnavul are convingerea delirantă că în interiorul corpului său sălășluiește un demon), descrisă în schizofrenie, melancolia delirantă, stări dementiale și postencefalitice, precum și în delirul hipochondric (BAILLARGER) din paralizia generală §
- delirurile în care există convingerea unor relații sexuale întreținute cu demoni, acompaniată de halucinații în sfera genitală; întîlnită mai frecvent la femei decît la bărbați.

170. DEMONOPATIC^(D) *dellr* ● Grupă de deliruri descrise de autorii perioadei clasice, din care ar face parte delirul de damnare, delirul incubus și delirul succubus (de posesiune sexuală demoniacă) — MACARIO, 1843. Epoca contemporană a provocat, prin lărgirea orizontului cultural științific și prin scăderea sentimentului religios, dispariția aproape totală a acestui tip de delir, pe care autorii secolului al XVIII-lea și al XIX-lea îl consemnau pînă și în circumstanțe organice (LHÉRMITTE).

171. DEMONOPATIE (cf. gr. *daimon* § *pathos* „experiență, dispoziție”) ● Termen introdus de ESQUIROL în 1838 →
CACODEMONOPATIE.

172. DEMONSTRATIV — *tip de personalitate* (cf. lat. *demonstrare* „a arăta, a descrie, a dovedi”) ● Tip de personalitate, descris de Karl LEONHARD, care se caracterizează prin următoarele trăsături și manifestări comportamentale: tendința și tentativa de a minți, fără ca acest act să fie însoțit de sentimentul de culpabilitate, tendința și tentativa de a comite excocherii (de exemplu, asumarea de titluri false), în măsura în care acest lucru aduce avantaje materiale sau o poziție socială favorabilă, laudă de sine, manifestări teatrale, cu dorința de a impresiona pe cei din jur, decizii rapide, legate esențial de o situație prezentă, capacitate empatică, capacitate adaptativă mare cu ușurința de a stabili relații interpersonale, fantezie bogată, posibile talente artistice.

LEONHARD afirmă că toate aceste caracteristici au la origine o „capacitate anormală de refulare”. Accentuarea trăsăturilor demonstrative generează personalitatea isterică; dacă ele se generalizează în toate manifestările comportamentale, este vorba de personalitatea dizarmonică de tip isteric. LEONHARD apreciază că refularea, la isteric, se manifestă prin faptul că istericul uită ceea ce nu dorește să știe, ceea ce îl deranjează, astfel încît el nu este pe deplin conștient de minciuna sa. Conversiile somatice ar fi tot o consecință a refulării (efectul refulării în plan fizic). LEONHARD nu este de acord cu FREUD în ceea ce privește teoria refulării. El afirmă că reacțiile demonstrative sînt, inițial conștiente sau parțial conștiente, mai ales legat de scopul lor. Practic, vorbind despre „firea demonstrativă”, personalitatea isterică, personalitatea dizarmonică de tip isteric, LEONHARD face o abordare descriptivă a manifestărilor comportamentale § el nu abordează problema într-o perspectivă analitică profundă (nu explică, din punct de vedere analitic, mecanismele motivaționale profunde ale reacțiilor și ale trăsăturilor demonstrative).

173. DEMONSTRATIVITATE (cf. lat. *demonstrare*) ● Trăsătură caracterială sau structurală manifestată comportamental prin :

- afectare § încărcare artificială, lipsă de naturalețe § gestică, mimică și discurs exagerate, supraîncărcate §
- manierism : mijloacele de expresie ale persoanei comportă deformări și am

plificării, limbajul este marcat de căutarea unor cuvinte senzaționale sau tendențioase, cu intonații teatrale și la personalități dizarmonice isterice manierismul ascunde vanitate, dorința de a provoca sau de a atrage atenția sau dimpotrivă, malignitate și perversitate (a nu se confunda cu manierismul din procesul disociativ) și

- atitudini spectaculoase prin care subiectul urmărește să producă efecte puternice asupra celor din jur și
- teatralism : afectare semnificativă a autenticității, până la simulare, conștientă sau inconștientă și patetism.

K. LEONHARD vorbește despre „firea demonstrativă” ca tip de personalitate → **DEMONSTRATIV** — tip de personalitate.

174. DEMONSTRAȚIE (cf. lat. *demonstratio* descriere, expunere, demonstrație) ● Înțelegerea a adevărului unei propoziții prin deducția acesteia din premise adevărate, pe baza unor legi (reguli) corecte de raționament. Atunci când demonstrația directă a unui enunț nu este posibilă se poate recurge la demonstrație prin reducere la absurd (apagogenică) : acceptându-se ca adevărat enunțul care contrazice teza de demonstrat, se arată că din el decurg absurdități — consecințe ilogice — și de aici se conchide adevărul celei din urmă. Demonstrația apagogică nu se poate aplica oricând și nu este infailibilă.

Termenul desemnează și procedeul logic prin care se fundamentează adevărul privitor la o persoană, în structura lui intrînd obiectul sau teza de demonstrat, argumentele folosite în sprijinul tezei de demonstrat și procedeul logic propriu-zis de argumentare. Demonstrația poate fi propriu-zisă sau de informare (după scop), cu caracter deductiv sau inductiv (după rolul și felul fundamentelor), directă sau indirectă (după procedeul de argumentare).

Se utilizează și termenul de demonstrație intuitivă (în psihopedagogie), în sensul evidențierii relațiilor concrete prin expunerea unor obiecte.

175. DEMORALIZARE (cf. fr. *démoraliser*)

● Comportament consecutiv unui eșec, unei nerealizări pe linia aspirațiilor sau datorat unei afecțiuni psihice și/sau somatice. Caracterizează mai ales personalitățile depresive, astenice și imature emoțional, afectiv și constă în pierderea încrederii în forțele proprii, descurajare, repliere în sine, tendință la apatoulie, demisionarism. Poate fi individuală sau colectivă (cînd condițiile sociale și istorice

sînt defavorabile și afectează grupuri sau grupări sociale), reflectînd în ultimă instanță pierderea sau repunerea în discuție a valorilor morale pînă atunci acceptate.

176. DEMOSTENE — complex (DEMOSTENE : om politic și orator atenian, 384—322 î.e.n.) ● Termen cu semnificație psihanalitică. Se referă la trebuința nevrotică de a compensa și supracompensa sentimente de inferioritate prin folosirea discursului. După SAUSSURE, folosirea cuvîntului presupune „un act individual de voință și inteligență”, o angajare a subiectului în discurs. Folosirea cuvîntului ca modalitate compensatorie și în scopul unei performanțe, care să rezolve inferioritatea, ar semnifica o angajare de tip masculin (limbajul și cuvîntul ca mijloc de dominare, discursul fiind un element activ, incisiv).

DEMOSTENE, orfan de tată, sărac și avînd unele deficiențe fizice, a reușit, prin efort și tenacitate, să-și depășească handicapul și să devină un mare orator.

177. DENARCISISM (cf. de-, prefix negativ și narcisism, de la Narcissus, personaj mitologic) ● Stare proprie unui anumit stadiu de dezvoltare, în care o parte din energia psihică orientată în primii ani de viață exclusiv spre subiect (propria persoană), este reinvestită în exterior, în alte obiecte. Denarcisismul este privit de către KAMPBELL (1978) ca o condiție necesară pentru o dezvoltare psihică sănătoasă, constituind în același timp un prim pas în formarea unor sentimente altruiste. El poate lua forme extreme în cazurile în care există o lipsă totală a preocupărilor față de propria persoană sau o reducere accentuată a atașamentului față de sine. Aceste stări denarcisice extreme pot fi înțilnite în depresiile severe și în unele forme de schizofrenie.

178. DENDROFILIE (cf. gr. *dendron* „copac” și *philia* „dragoste”) ● Interes exagerat pentru copaci. MICHAUX acordă termenului citîndu-l pe M. HIRSCHFELDT, o interpretare psihanalitică, considerînd dendrofilia o fantasmă fobică.

179. DENEGARE (fr. *dénégation* și cf. lat. *denegare* „a nega”) ● Termen introdus de LAPLANCHE și PONTALIS (1973) pentru a delimita două aspecte ale mecanismului de negare, deseori confundate sau nesiesizate în adevărata lor semnificație. Autorii citați pleacă de la termenii din limba germană „Verneinung” și „Verleugnung”, utilizați de

FREUD cu nuanțe diferite pentru a desemna același proces al negării. „Verleugnen” este folosit în sensul refuzului de a sesiza un fenomen sau eveniment clar evidențiat în lumea exterioară. În limba română ar corespunde termenul de negare, asemănător cu termenul francez „dénier”. Denegarea este o reacție, evidențiată de FREUD, în timpul desfășurării ședințelor de psihanaliză, și reprezintă o formă de rezistență a subiectului, care nu recunoaște (neagă) conținuturi refutate, deși, prin intermediul analizei, încep să fie reactualizate. Acesta este sensul care ar corespunde termenului german „Verneinung”. Denegarea este un indicator al faptului că dorința refutată începe să fie conștientizată, iar refuzul subiectului de a recunoaște că-i aparține sau contrazicerea analistului are o valoare confirmativă. Subiectul poate să admită la un moment dat dorința la nivel intelectual, dar conștientul propriu-zis al acesteia se menține refutat. În limba română, semnificațiile termenilor de negare și denegare sînt aproape identice.

În timp ce termenul de negare se referă la refuzul categoric al recunoașterii unui fapt, denegarea se referă la tăgăduiala, dezmințirea de către subiect a apartenenței unei dorințe sau idei care începe să apară în cimpul conștientului.

180. DENNY-BRAUN⁽⁸⁾ sindrom ● Tulburare paraneoplazică, descrisă de autor în 1948, în special în formele de cancer bronhopulmonar, caracterizată printr-o serie de simptome cerebeloase (ataxie, tremor intențional, nistagmus, vertij, dizartrie), tulburări senzoriale (hipoacuzie, parestezii, tulburări ale sensibilității profunde), la care se adaugă un sindrom astenic sever. Simptomatologia nu se dezvoltă în legătură cu procesul de metastazare, ci are, probabil, la origine tulburări biochimice. Tabloul clinic neobișnuit al acestui sindrom ridică mari dificultăți diagnostice, alternativa carcinomatozei bronșice fiind de cele mai multe ori ignorată atât de neurolog, cât și de psihiatru.

181 DENOTARE (cf. lat. *denotare* „a desemna”) ● Capacitate a cuvintului de a semnifica. Această capacitate este diferită de la un individ la altul, deși aspectul denotativ al unui cuvînt dat păstrează, în linii mari, aceleași limite de semnificație în cadrul grupului de oameni care vorbesc o limbă comună. În unele afecțiuni psihice, aspectul denotativ al cuvintelor este profund distorsionat, imbrăcînd nota particulară a semnificației personale pe care subiectul schizofren o acordă unui cuvînt sau altuia. Semnificația unilaterală,

acordată de bolnav cuvintelor, duce la imposibilitatea de folosire coerentă a limbajului, blocînd fluxul informațional.

182. DENUBIL^(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune similară, care se complementează. Este compus din:

- DEANOL PYROGLUTAMATE^(M) — nooanaleptic, derivat dimetilaminoetanolic
- HEPTAMINOL^(M) — roborant proteic.

Are acțiune psihostimulatoare.

183. DEOFED^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)—N— α —dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și cu același risc al dependenței.

184. DEONTOLOGIE (cf. gr. *deon* „ceea ce trebuie făcut, ceea ce se cuvine” || *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen utilizat pentru întia oară de către J. BENTHAM, ca denumire a unei discipline morale sui generis, avînd drept finalitate ierarhizarea valorică a acțiunilor posibile, pe baza unui așa-zis calcul aritmetic al cantității totale de plăcere sau suferință pe care o poate provoca fiecare acțiune. În concepția lui BENTHAM, acest calcul oferă argumentului moral un criteriu obiectiv de evaluare a alternativelor ce-i sînt deschise, întemeiată judecări descriptive cu caracter intrinsec normativ.

Desprins de contextul particular al filozofiei lui BENTHAM, termenul a primit semnificația de discurs etic consacrat cerțării acțiunilor impuse de datoria morală, aflat într-un raport de complementaritate cu axiologia, care se referă la dimensiunea valorică a faptelor morale. Orientările etice extremiste transformă această complementaritate într-o poziție în care se infruntă, pe de o parte, teoriile deontologice — care afirmă datoria ca temei al valorii morale — și, pe de altă parte, teoriile teleologice — în a căror perspectivă datoriile se justifică în măsura posibilității de raportare la un set prestabilit de valori imuabile.

În ultimele decenii, termenul se identifică din ce în ce mai frecvent cu logica deontică — aceasta reprezentînd studiul formal al structurilor și schemelor de inferență caracteristice gândirii normative, aspirînd la o tratare axiomatică a sistemelor de norme, în general, și a datoriilor morale în particular.

Într-o accepțiune mai restrînsă, deontologia desemnează un cod al moralei profesionale, ansamblul de principii și norme particulare

pe care le implică exercitarea unei anumite profesii.

Deși face corp comun cu deontologia profesiei medicale deontologia psihiatrului implică o serie de note particulare, care conturează deosebiri de nuanță. Angajamentul terapeutic al psihiatrului va fi întotdeauna complet, în sensul rămînerii alături de suferind atâta timp cât acesta o solicită direct sau prin opinia familiei. Ca orice medic, psihiatrul nu-și va abandona bolnavul în cazul unei evoluții nefavorabile, cu atât mai mult cu cât acest lucru nu este numai posibil, ci și iminent. Păstrarea unei disponibilități majore în fața dramaticei suferințe pe care boala psihică o reprezintă pentru ființa umană, în însăși esența umanității ei, este condiția esențială a exercitării profesiei de psihiatru. Conștiința psihiatrului trebuie să aibă adesea și un rol de compensator al incapacității bolnavului de a-și manifesta singur libertatea de opțiune. În această ipostază, demersul pe care profesionistul îl face trebuie dublat de o enormă capacitate de comprehensiune, în care empatia să poată întregi cunoștințele de specialitate și experiența. Respectul intimității psihologice a fiecărei persoane în parte, ca și păstrarea secretului asupra confesiunilor subiectului (cu atât mai mult cu cât ele interferează cu fragila lume a imaginarului, în care realul și irealul adesea amalgamează) sînt absolut obligatorii. Psihiatrul se află adesea în postura de unic confesor, confesiunea rămînînd de regulă singura poartă spre lume, singurul punct de sprijin real al bolnavului.

Deontologia profesională trebuie să-și exercite, alături de alți factori, rolul de funcție dinamogenă a perfecționării profesionale, de permanență deschidere spre tot ce este nou, pentru a putea oferi în mai mare măsură ajutorul de care bolnavul are nevoie.

Participarea psihiatrului ca membru de-ident în comisii de expertiză a discernămintului pe care individul îl are în legătură cu faptele sale (unele de o periculozitate socială deosebită), crează nu numai o responsabilitate în plus, ci impune și aderența la un sever cod deontologic.

Dezvoltarea împetuoaasă a unei serii largi de tehnici exploratorii și metode terapeutice implică necesitatea experimentării unora dintre acestea și, în funcție de rezultate, implementarea lor în practica obișnuită. Deontologiei profesionale îi revine rolul de a orienta aceste demersuri, astfel încît, respectînd principiul fundamental hipocratic „primum non nocere”, să asigure triajul cōrespunzător al metodelor cu un maxim de potențial recuperator pentru subiect.

185. DEPAFEN^(M) Finlanda — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-β-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

186. DEPARIN^(M) Cehoslovacia — DCI *Dietazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogeniilor și al afecțiunilor psihosomatice.

187. DEPARON^(M) Franța — DCI *Demexiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptatrienic de tip 5H-dibenzo-a,d/-cicloheptan-5-onă-0-β/2(metilamină)etil/oximă, cu acțiune asemănătoare NORTRIPTILINEI, fără efecte sedative, indicat mai ales în depresii inhibate. Efecte secundare numeroase. Nu se administrează în sarcină.

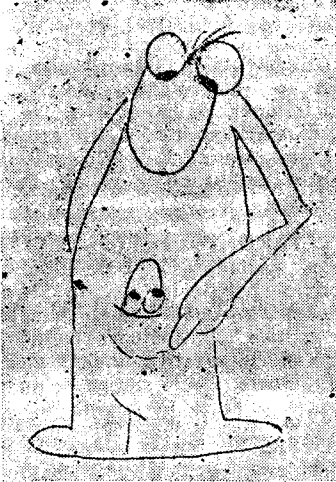
188. DEPAS^(M) Japonia — DCI *Etizolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 4-(0-clorfenil)-2-etil-9-metil-6H-tieno[3,2-f]/-s-triazolo[4,3-a-β/1,4]diazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice.

189. DEPENDENȚĂ (fr. *dépendance* cf. lat. *dependere* „a atîrna, a depinde”) ● Relație fundamentală între două fenomene, în care existența sau menținerea unuia dintre ele condiționează menținerea sau apariția celui-lalt în psihiatrie are înțelesul unei legături de natură afectivă.

Există situații de dependență naturală, precum aceea în care se află nou-născutul și copilul mic, care-l obligă la relaționarea biopsihologică cu părinții săi în cazul handicapurilor (deficienți mintali), această dependență se prelungește însă peste limitele copilăriei, putînd fi vlagă.

Regresiunea bolnavului psihic, a imaturului afectiv, se manifestă ca o reîntoarcere către conduitele infantile, fiind marcată de o puternică dorință de supraprotecție. Se vorbește astfel, în psihanaliză, de o dependență orală, care ar consta în dorința de a fi îngrijit de mamă sau un substitut al ei. Tot psihanaliza definește nevoia de dependență ca apărare a Ego-ului împotriva atacurilor, criticilor, justificînd sau mascînd astfel nereușite privity ca autodevalorizante. O serie de autori au arătat rolul acestui tip de dependență în patogeneza unor afecțiuni cu caracter psi-

hosomatic. Astfel, DUNBAR, ALEXAND' și SAUL arată că hipertensivul este prins între nevoia de pasivitate și dependență, pe care o trăiește ca inferiorizantă și umilitoare, deci inacceptabilă, și comportamentul



Desen : David Horia, 11 ani

reacțional la această tendință, vizind stăpînirea situațiilor, dominarea și autonomia. DE M'UZAN și BONFLIS descriu nevoia de dependență și protecție a bolnavului ulceros, reprimată printr-un comportament ambițios și competitiv și dependența se accentuează însă atunci cînd actul chirurgical devine inevitabil.

Situația de boală este de regulă o situație de dependență, nu numai prin consecințele directe ale bolii (slăbiciune, dependență morală și fizică, durere), ci și prin reinsertia subiectului într-un stadiu infantil și sentimentul de dependență este exacerbât în cadrul relației cu terapeutul, de la care bolnavul (mai ales cînd este internat) primește îngrijiri corporale, se bucură de o atenție crescută, manifestată și prin comportamente care au, prin repetare, o deschidere ludică (măsurarea tensiunii, greutateii, temperaturii, examenul plăgii) imprimată de cotarea lor ca reușite sau nereușite. Reîntoarcerea către satisfacții arhaice sau căutarea de satisfacții orale caracterizează adesea situația de bolnav.

Dependența pasivă a nevroticului este bine cunoscută, fiind generată atît de scăderea activității, cît și de slăbiciunea instanțelor personalității. SPITZER și colab. descriu un

tip de personalitate dependentă, ale cărei trăsături esențiale ar fi :

- admiterea în mod pasiv că doar ceilalți pot să-și asume responsabilitatea în principalele probleme de viață datorită incapacității de a acționa independent (de exemplu, soțul va decide ce meserie să practice soția, unde să locuiască familia etc.) ¶
- subordonarea propriilor interese celor ale persoanelor de care sînt dependente, pentru a evita orice posibilitate de a se bizui numai pe sine ¶
- lipsa de încredere în sine (se consideră neajutorată, incapabil).

Activitatea socio-profesională este modificată îndeosebi în munci care reclamă independență și capacitate de decizie. Relațiile sociale sînt limitate, reduse la un număr mic de persoane apropiate, dintre care de una subiectul este dependent.

190. DEPERSONALIZARE (fr. *dépersonnaliser* și cf. lat. *persona* „mască, rol, persoană, personaj”) ● Tulburarea conștiinței proprii persoane, propriului Eu, subiectul avînd sentimentul pierderii identității somatopsihice personale. El trăiește dureros impresia că a devenit străin, diferit sau nereal, păstrînd conștiința personalității sale anterioare. Curgerea existențială se destramă, viața pîrînd a se desfășura în gol, într-un ritm încetinit. Propriul Eu devine un spectacol dramatic pentru subiect. Afectivitatea este dominată de anxietate, care poate atinge apogeul într-un acces brutal de angoasă de depersonalizare, derivînd din indoiala față de realitatea propriului Eu și față de ambianță (FOLLIN). Sentimentele devin terne, apare senzația de vid emoțional. Subiectul manifestă indecizie în acțiune, hipobulie, dificultăți în organizarea gândirii. Tabloul clinic este completat frecvent cu derealizare, desomatizare, analiză introspectivă (subiectul alunecă în subiectiv, consecutiv efortului de regăsire, desprinzîndu-se și îndepăr-tîndu-se de real).

Depersonalizarea a fost inițial descrisă de P. JANET în psihastenie. Automatismul mental recunoaște o alterare profundă a conștiinței propriului Eu, avînd la bază o scădere a tensiunii psihologice, deci apariția senzației de depersonalizare. Sindromul de depersonalizare apare frecvent și în stări depresive (prin modificarea percepției timpului trăit), în melancolie (sub forma acuzelor hipochondriace, a ideilor de transformare și negație din sindromul Cotard), în cadrul reacțiilor afective, în neurastenie, nevroză obsesivofobică, la personalități dizarmonice schi-

zoide și isterice, în bufee delirante. Depersonalizarea poate constitui preluđuul aurei în stări crepusculare. În psihozele toxice se poate asocia sindromului halucinator sau iluziilor senzoriale. În debutul de tip pseudonevrotic al schizofreniei se manifestă prin sentimentul înstrăinării propriului Eu, perplexitate față de propriul corp sau sentimentul de fragmentare corporală, alături de preocupări hipochondriace. M. ROTH a descris tipul de nevroză caracterizată prin fobie-anxietate-depersonalizare (nevroză pseudoschizofrenică), în care cele trei elemente coexistă. Manifestări ale depersonalizării, cu caracter pasager, sînt posibile și la subiecții normali, fiind favorizate de o reducere a stării de vigilență (surmenaj, stări hipnagogice și hipnapompice). Din punct de vedere psihanalitic, depersonalizarea s-ar explica printr-o fixare într-un stadiu pregenital și regresione narcisistă.

Depersonalizarea nu dispune de o terapie specifică, recăpătarea conștiinței propriului Eu fiind realizată prin tratamentul afecțiunii de bază. Uneori dispăre spontan, după o perioadă relativ lungă de persistență.

191. DEPHADREN^(M) S.U.A — DCI *De-xamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină-amină simpaticomimetică ; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

192. DEPISTARE (fr. *dépister*) ● Element de referință al profilaxiei secundare, în accepțiunea OMS ; se realizează la nivelul tuturor tipurilor de unități medicale și este necesar să fie cit mai precoce, atît din motive medicale, cit și economice. Deosebit de importantă este depistarea cit mai precoce a cazurilor de boală, atît a celor manifeste — dar încă nesemnătate —, cit și a celor pe cale de a se constitui ca atare, în vederea instituirii în timp util a unor măsuri medico-sociale complexe. Efortul depus în această direcție are cel puțin trei consecințe pozitive :

- depistat „în timp util”, bolnavul (sau candidatul la boală) poate fi tratat mai ușor, mai repede și mai bine, cu mai mari șanse de refacere și de redare completă a sănătății ;
- în cazul în care boala are un grad de periculozitate nu numai pentru bolnav, ci și pentru semenii săi, prin măsuri prompte se elimină acest risc ;
- cunoașterea bolilor în stadiu cit mai precoce permite o mai bună identificare a cauzelor pentru marea lor ma-

joritate, cu șanse mai bune de tratament, pentru toate.

Referitor la bolile psihice, depistarea lor precoce este dependentă de nivelul educației sanitare a populației, precum și de accesibilitatea la instituțiile de asistență psihiatrică. Educația populației în domeniul sănătății mintale trebuie să vizeze mai multe aspecte :

- creșterea capacității de sesizare a bolii psihice ;
- creșterea încrederii în psihiatru și în serviciile de psihiatrie în general ;
- modificarea atitudinii față de boala psihică și față de bolnavul psihic.

Eficiența terapiei psihiatrice este condiționată de următorii factori :

- formula organizatorică și funcțională a rețelei de psihiatrie ;
- capacitatea instituțiilor de psihiatrie disponibile ;
- mijloacele terapeutice.

Depistarea precoce poate fi individuală sau colectivă.

Depistarea individuală poate fi, la rîndul ei, curentă și excepțională :

- depistarea curentă se realizează prin examenul medical, care poate fi activ (prin solicitarea subiectului de către unitatea medicală) sau pasiv (prin prezentarea subiectului din proprie inițiativă) ;
- depistarea excepțională este particulară psihiatricii, procedurile ei fiind cuprinse în prevederile legislative privind tratarea și internarea bolnavilor psihici periculoși.

Depistarea colectivă se adresează grupurilor și este numai activă, realizîndu-se numai la solicitarea unităților sanitare. Ea poate prezenta următoarele forme principale :

- Examenul medical al unui individ sau al unui grup (examen colectiv), cu prilejul intrării într-o nouă colectivitate ; reprezintă o metodă de depistare cu atît mai eficientă, cu cit se produce în momentele nodale ale vîrstei. Formele colective mai des aplicate ale acestui tip de control medical sînt :
 - examenul medical al copiilor de 6—7 ani, la intrarea în școală ; se efectuează de către echipa din LSM copii, în colaborare cu medicul pediatru școlar sau teritorial ;
 - examenul medical al tinerilor înainte de recrutare și încorporare ; se efectuează în LSM adulți, în colaborare cu o echipă complexă de medici specialiști și de medici de medicină generală ;
 - examenul medical la admiterea în învățămîntul superior ; se efectuează de LSM adulți din teritoriul de domiciliu

al candidatului și este vizat de LSM studențesc din centrul universitar unde va candida subiectul §

- examenul medical la încadrarea în muncă se efectuează de LSM adulți, numai la cererea medicului de medicină generală, pentru cazurile în care dorește să cunoască opinia specialistului, sau curent, pentru anumite locuri de muncă.

● Examine medicale profilactice periodice, denumite în mod curent „controale periodice” § sint acțiuni de masă care se organizează la anumite intervale de timp, la locul de muncă sau în teritoriu, urmărindu-se depistarea activă și timpurie, la anumite categorii de persoane, a fenomenelor morbide subclinice, în vederea instituirii măsurilor medico-sociale corespunzătoare.

● Examenul medical anual sau de etapă al unor categorii expuse § se adresează în prezent mai ales șoferilor profesioniști și amatori, care, prin starea sănătății lor psihice, pot constitui un pericol atât pentru ei înșiși, cât și pentru sănătatea și integritatea celorlalți membri ai colectivității §

- controlul stării de sănătate psihică a conducătorilor auto profesioniști din întreprinderile de transport în comun se efectuează anual, examenul psihiatric fiind decisiv pentru continuarea activității sau schimbarea profilului profesional al subiectului §
- examenul medical psihiatric de etapă al conducătorilor auto amatori se face de către medicul psihiatru din cabinetul de psihiatrie al policlinicii sau al LSM și prevede următoarele etape în funcție de vîrstă :
 - pentru conducătorii auto amatori sub 45 ani — la 5 ani §
 - pentru conducătorii auto amatori între 45—60 ani — la 3 ani §
 - pentru conducătorii auto amatori peste 60 ani — anual.

Aceste măsuri au scopul de a proteja atât individul, cât și colectivitatea, fiind o restricție absolută necesară, impusă de disfuncția generată de boală și de evoluția ei naturală. Controlul medical anual sau de etapă este aplicat și celor care își desfășoară activitatea în condiții particulare (înălțime, noxe), precum și cadrelor din învățămînt § ar fi însă necesară extinderea lui și la alte categorii profesionale.

● Examine medicale profilactice ocazionale § sint acțiuni medicale prin care se caută depistarea precoce a afecțiunilor psihice cu ocazia solicitării de către subiect a unui aviz privind starea de sănătate în vederea căsăto-

riei, înfierii, instituirii tutelei, obținerii carnetului de conducere auto, permisului de port-armă.

● Examine medicale profilactice speciale § vizează depistarea unei singure boli existente în sinul colectivității sau depistarea tuturor bolilor care afectează membrii unor colectivități.

Examinarea profilactică specială în vederea depistării unei singure boli se referă de obicei la afecțiunile care constituie probleme majore de sănătate publică: boli cardiovasculare, cancer, boli psihice etc. § în această categorie intră „Studiul Titan” — 1972/73—1982/83 (PREDESCU și colab.).

Examinarea profilactică complexă constituie o formă superioară a examinărilor speciale de masă, cu caracter activ și preventiv. Ea constă în examinarea unei colectivități desemnate și pregătite anume în acest scop, de către o echipă de medici de diferite specialități. Se efectuează de obicei prin metode rapide de investigare, cu posibilități de aplicare în masă. Pe baza acestui tip de examinare, pe lângă faptul că se depistează activ toate cazurile de îmbolnăviri existente în sinul colectivității, se determină și prevalența, respectiv starea de morbiditate reală a colectivității. În această categorie intră „ancheta stării de sănătate a populației” efectuată de Ministerul Sănătății în 1983.

193. DEPIXOL^(M), DEPIXOL CONCENTRATE^(M) Anglia — DCI *Flupentixol decanoat*

● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic de tip 2-trifluorometil-9-β-14-(2-hidroxietyl) piperazin-1-il/propiliden/tioxantenă, cu acțiune neuroleptică incisivă, antidepresivă și anxiolitică. Prezentat atât în forma standard cât și depôt, este indicat în psihoze cronice și subacute; în profilaxia acceselor din psihoza maniaco-depresivă, cu efecte secundare moderate. Se pretează la tratament ambulatoriu de lungă durată. În ultimul timp este utilizat, la intervale mai scurte, și în combaterea manifestărilor acute.

194. DEPLASARE (cf. fr. *déplacer*) — sin⁸

ALUNECARE ● Concept psihianalitic referitor la economia energiei libere din procesele primare, inconștiente, caracterizat prin posibilitatea de a aluneca (deplasa) de-a lungul unor căi asociative, de la reprezentările intolerabile conștientului individului spre reprezentări legate de primele prin lanțuri asociative. Deplasarea poate fi întilnită în :

- pulsionile agresive inhibitate în fața unui adversar redutabil, dar descărcate în fața unui adversar mai puțin temut §

- elaborarea visului în care conținutul manifest este efectul unei deplasări în raport cu conținutul latent ?
- formarea simptomelor.

După unii autori deplasarea survine mai mult în formarea fobiilor și se opune mecanismului conversiei, unde se produce o simbolizare în registrul somatic al pulsunii refulate.

195. DEPLASAT — afect — sin. TANSPOZIȚIE DE AFECT ^{sin.} → AFECT DISLOCAT.

196. DEPOCALM^(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

197. DEPORTARE — *ecou psihopatologic* (cf. lat. deportare) ● Măsură represivă reprezentând captivitatea într-un loc de exil, în condiții dificile de viață, adoptată din diferite motive (politice, rasiale sau altele), care are ca scop anihilarea oricărei rezistențe psihologice, putând determina pierderea integrității psihice și fizice a individului. I.F. STEINER descrie duritatea tratamentului aplicat deportaților, în afara oricăror norme și considerente morale, înaintea și în timpul deportării propriu-zise, generator al unei largi game de manifestări psihopatologice. Marile drame ale istoriei civilizației au permis culegerea a numeroase date care au conturat un „sindrom al deportaților”, caracterizat prin astenie, apatie, impresibilitate marcată, anxietate, tulburări hipnice și mnezice. MINKOWSKI a descris la deportații reînțorși în patrie „un fel de epuizare afectivă”, echivalentă, la TARGOWLA, cu „sindromul de hipermnzie emoțională paroxistică tardivă”. Deportatul trăiește detenția cu sentimentul nedreptății care i s-a făcut și care nu poate fi reparat, putând reacționa, în funcție de personalitatea lui premorbidă, prin atitudini de rezistență, de luptă sau revoltă, prin reacții de abandon, demisionare și chiar prin autoliză.

198. DEPOSEDARE^(D) *delir* (fr. *déposséder* cf. lat. *possidere* „a lua în stăpînire”) ● Subvariantă a delirului procesiv, semnalată de PAILHAS și descrisă și denumită ca atare de RÉGIS. Delirantii sînt „victimele” unor hotărîri judecătorești sau administrative (corecte), luate în limitele legii, pe care însă ei nu le recunosc, considerîndu-se în continuare proprietarii unor bunuri care nu le mai aparțin. Această convingere îi face să

acționeze în consecință, revendicîndu-și „drepturile” cu și mai mare violență. Autorul menționează unele particularități ale personalității premorbide a delirantului: încăpăținarea, impulsivitatea, lipsa instrucției, brutalitatea. La un secol după descrierea lui RÉGIS, se poate adăuga și faptul că unele obiceiuri și tradiții regionale, existența unor sisteme de relații sociale rutiniere, au rolul lor în declanșarea acestui delir.

199. DEPOSEDARE^(B) sindrom ● Trăire particulară care conferă subiectului sentimentul „de a nu-și aparține lui însuși” și a fost descris de LÉVY-VALENSI, interpretîndu-l ca o variantă a sindromului de automatism mintal și după aceeași opinie, sindromul de deposedare ar sta la baza dezvoltării delirului de influență.

200. DEPRAMINE^(M) Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-3-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,fazepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă și se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRI^(M).

201. DEPRELIO^(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează :

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic și
- PERFENAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic. Are acțiune antidepresiv-sedativă.

202. DEPRENIL^(M) Polonia ● Timoleptic, ^{sin.} derivat dibenzazepinic → ANTIDEPRI^(M). România.

203. DEPRENYL^(M) Ungaria — DCI *Selegilină* ● Antidepresiv, timoleptic, derivat propargilaminic de tip (R)-(-)-N, -dimetil-N-2-propinilfenetilamină, indicat în depresiile inhibate și este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betabloccante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticilor → IMAO.

204. **DEPRESIE** (cf. lat. *depressio* „afundare, coborîre”) ● Scădere pînă la prăbuşire a dispoziţiei bazale, cu caracter pasager sau durabil, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste şi ameninţătoare ; aceste aspecte, precum şi puternica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală, sînt argumente pentru a considera depresia ca o hipertimie negativă.

Depresia este cel mai frecvent fenomen psihopatologic întîlnit în practica psihiatrică, dar nu numai în aceasta. Se apreciază că cel puţin 10% din subiecţii care se prezintă la medicul generalist sînt depresivi. OMS consideră că 3% din populaţia pămîntului suferă de depresie, ceea ce în cifre absolute realizează un impresionant contingent, cuprinzînd peste 150 milioane de persoane. Tendinţa fenomenului este de creştere, după SARTORIUS, datorită creşterii duratei medii de viaţă, modificărilor psihosociale rapide generatoare de situaţii stressante, creşterii morbidităţii prin boli cronice (în care depresia apare ca simptom asociat), consumului excesiv de medicamente, care pot induce o depresie farmacogenă (în special antihipertensivele, corticosteroizii, contraceptivele).

Este foarte utilă o distincţie între sensul uzual al depresiei (tristeţe sau emoţie negativă) şi cel psihopatologic, în care nu lipseşte numai obiectul suferinţei, dar însăşi suferinţa este anormală, pervertită, deformată, subiectul devenind, după TELLENBACH, „obiectul propriei sale suferinţe”.

Intensitatea clinică a depresiei, distincţia ei de „tristeţea normală”, se face prin evidenţierea trinomului : dispoziţie depresivă, încetinirea proceselor de gîndire, lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de depresie somatică :

- dispoziţia depresivă este trăită ca o „tristeţe vitală” (K. SCHNEIDER), caracterizată prin pierderea sentimentelor, golire şi nelinişte interioară, conţinut perceptual cenuşiu, nebulos uneori ;
- încetinirea proceselor gîndirii este exprimată de monoideism, cu conţinut depresiv, incapacitate decizională, ruminăţii. Ideea poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autoacuzare şi sentimente de vinovăţie, inutilitate, ruină etc. Depresivul trăieşte o stagnare a timpului intim immanent, care se desincronizează de timpul real ; această oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentînd o incapacitate de acţiune autentică (TATOSSIAN) ;

- lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mişcărilor, diminuarea expresiei şi mobilităţii mimice (hiposau amimie), dificultate de verbalizare; tendinţa de a se complăce în activităţi fără scop (inerţie psihomotorie) ;

- simptomele auxiliare, de expresie somatică, se traduc printr-o tulburare a vitalităţii — astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie şi scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale. Tulburările somatice sînt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiţia parasimpatică : hiposalivaţie, dureri epigastrice, meteorism, constipaţie sau diaree, greutate în respiraţie, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, ameţeli, cefalee, dureri difuze în regiunea tractului urogenital.

Tranziţia „tristeţii normale” spre depresia clinică urmează o traiectorie discontinuă, după KRAEPELIN, continuă după A. MEYER, interesînd însă oricum structuri neuronale şi mecanisme neuropsihice complexe, prin intermediul cărora selecţia naturală, mutaţiile genetice, condiţionările, învăţărilor iniţiază, organizează, integrează şi finalizează procesele metabolice emoţionale şi activităţile direcţionate ale organismului (KLERMAN).

Afectele umane, inclusiv depresia, joacă rolul unor instanţe psihice de mediere adap-



Goya

tativă. Paradigma separaţiei sau pierderii mamei, din depresia anacitică, ar juca rolul unui semn adaptativ social, al nevoilor instinctiv-emoţionale ale copilului, adresat grupului familial (BOWLBY). Experimentele pe antropoide au confirmat ipoteza existenţei unor

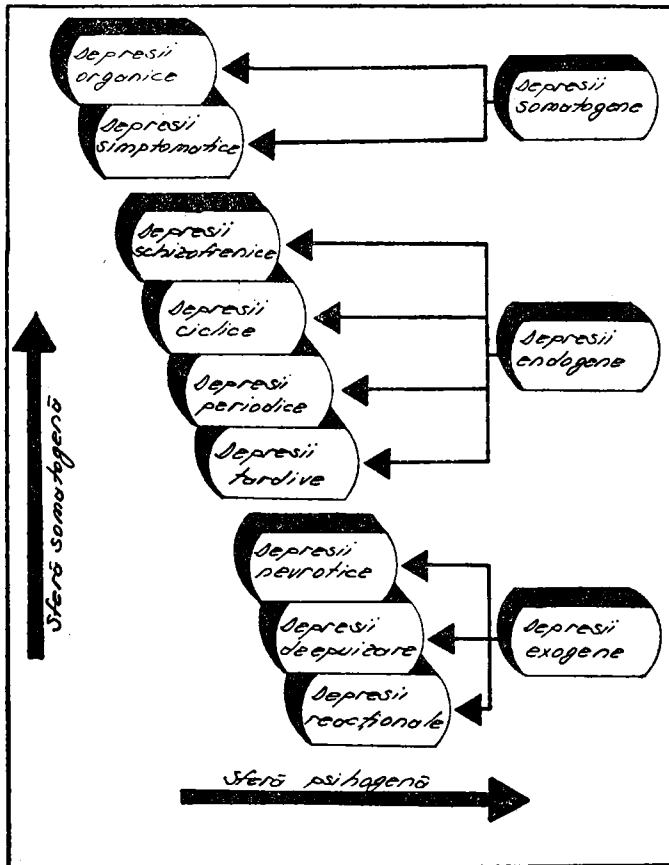
consecințe de ordin comportamental, intelectual și social ale privării materne, care par să aibă relevanță pentru confirmarea teoriilor vulnerabilității crescute pentru boli afective a adulților care au cunoscut în copilăria precoce experiența separării materne.

Adaptarea fiziologică („physiological arousal”) din depresie constă în asocierea anxietate-frică (CANNON), care pregătește organismul pentru „teamă, fugă sau luptă”. S-a postulat că inhibiția din depresie ar fi o măsură adaptativă conservatoare (ENGEL, SCHMALE), deși creșterea activității adrenergice nu susține această ipoteză și ea ar putea fi totuși acceptată ca postfază de epuizare a fazei „erectile” (cu creștere adrenergică), care ar preceda instalarea depresiei clinice. Adaptarea conștiinței subiective ar consta în sincronizarea funcțiilor cognitive la afectivitate — scăderea capacității de autoreprezentare critică a performanțelor (BECK) ce ar menține o unitate

la nivel inferior a personalității, cu păstrarea însă a stimei de sine. Perspectiva adaptaționistă subliniază un sens unitar, sistemic al modificărilor patologice complexe ce se petrec în organismul depresivului, valabile îndeosebi în cazul depresiei reactive aflate la jumătatea drumului dintre depresia normală și cea endogenă.

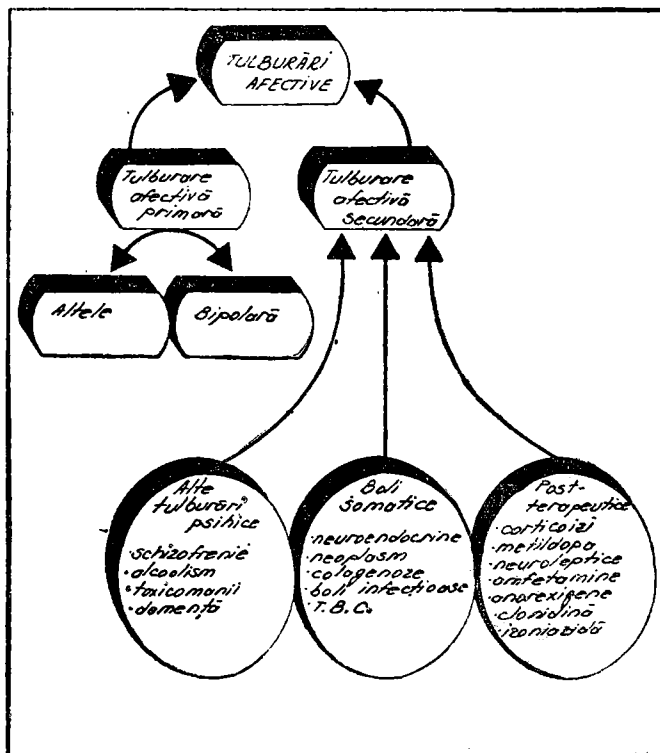
Clasificarea depresiei. Evoluția clasificărilor depresiei reflectă achizițiile studiilor familial-genetice, psihofarmacologice, biochimice, de personalitate, a testelor psihologice, precum și evoluția criteriologiei diagnostice psihiatrice. Clasificarea clasică a lui KRAEPELIN (1906) enumera depresia endogenă din psihoza maniaco-depresivă, depresia constituțională (temperamentul cicloid/ciclotimic) și melancolia de involuție.

Clasificarea lui KIELHOLZ (1972) este tot etiologică (vizînd trei etiologii: organică, endogenă, psihogenă):



ROBINS și GUZE (1972) aplică modelul medical tradițional, în concepția depresiei ca fenomen clinic, și propun două criterii de clasificare: cronologic și prezența unei boli asociate. Depresia primară (din cadrul tulbu-

rărilor afective primare) apare ca atare, la un subiect fără istoric psihiatric sau somatic, în timp ce depresia secundară succedă unei alte afecțiuni psihiatrice, somatice sau unei toxicomanii :



Această clasificare nosologică (cu unele modificări față de tabloul propus de ROBINS și GUZE) introduce depresia primară ca o categorie reziduală, distincție valoroasă din punct de vedere clinic și terapeutic, întrucât presupune un diagnostic prin excludere, reținut și în clasificările ulterioare.

FEIGHNER ș.a. (1972) stabilesc criteriile diagnostice ale tulburării afective primare și secundare. Depresia primară necesită următoarele trei grupe de criterii :

- Dispoziție disforică, constând în următoarele simptome : depresie, tristețe, deznădejde, lipsa speranței, temere, iritabilitate, neliniște, descurajare.
- Cel puțin cinci din următoarele simptome, necesare pentru recunoașterea depresiei „clare”, respectiv patru pentru recunoașterea depresiei „probabile” :

- apetit diminuat, scădere în greutate (1 kg pe săptămână sau cel puțin 5 kg pe an, fără regim hipocaloric) ¶
- tulburări ale somnului (insomnie, hipersomnie) ¶
- pierderea energiei (fatigabilitate, oboseală) ¶
- agitație sau lentoare ¶
- pierderea interesului pentru activitățile obișnuite sau scăderea interesului sexual ¶
- sentimente de autoreproș sau vină (care pot atinge intensitate delirantă) ¶
- sentimentul diminuării sau diminuarea reală a capacității de a se concentra sau gândi, gândirea devenind lentă sau neclară ¶
- gânduri persistente referitoare la moarte sau suicid, inclusiv dorința de a muri ¶

● Depresia să dureze cel puțin o lună, fără a fi anticipată de alte boli psihice (schizofrenie, nevroză anxioasă, fobică, obsesivo-compulsivă, isterie, alcoolism, farmacodependență, personalitate antisocială, homosexualitate și alte deviații sexuale, întârziere mintală sau sindrom psihoorganic).

Diagnosticul de depresie primară nu se pune subiecților care duc o existență stresantă sau suferă de boli invalidante somatice care precedă sau acompaniază depresia.

Depresia secundară, „clară” sau „probabilă”, este definită în același mod cu depresia primară, dar apare în una din condițiile următoare :

- o boală nonpsihică preexistentă, în stare latentă sau manifestă §
- stres repetat sau boală invalidantă, care precedă sau însoțește simptomele depresiei.

Conceptul de endogen-psiho-gen (LANGE, 1926) se argumentează etiologic, simptomatic, evolutiv, familial. Din punct de vedere etiologic, depresia psihogenă este reacția la un eveniment. Simptomatologic, depresia endogenă se manifestă prin lentoare psihomotorie, idei de culpabilitate, fenomene somatice și vegetative care nu se întinsec în depresia psihogenă, unde subiectul caută protecția anturajului. Evolutiv, simptomatologia depresiei endogene nu se modifică în funcție de ambianță. Criteriul familial evidențiază, în cadrul depresii endogene, antecedente frecvente de psihoză maniaco-depresivă.

WINOKUR ș.a. (1972, 1975, 1979) mențin în clasificarea lor distincția depresie primară/secundară, renunțând la aceea dintre depresia endogenă și psihogenă (reactivă). Această clasificare permite separarea subiecților cu istoric genetic familial (rude de gradul întâi) de boală afectivă („spectrul depresiei boală” și „boală depresivă pură”) de cei fără această încărcătură genetică — „depresie sporadică”, această distincție fiind utilă pentru studierea ponderii vulnerabilității specifice individuale la depresie în raport cu alți factori etiologici. Prototipul pentru „spectrul depresiei boală” este depresia cu debut precoce la o pacientă cu ereditate afectivă încărcată, reprezentată prin depresie la rudele de același sex, respectiv prin alcoolism și sociopatie la rudele de sex opus. Prototipul „depresiei pure” este un subiect a cărui boală debutează înainte de vîrsta de 40 de ani, avînd ereditate depresivă egal repartizată pe sexe la rude, fără ca în rîndul acestora să fi existat fenomene de alcoolism sau personalități antisociale.

Dihotomia după criteriul polarității (unipolar/bipolar) aparține lui LEONHARD (1962)

și s-a menținut în clasificările și studiile ulterioare (ANGST, 1966 § PERRIS, 1966 ș.a.), deși statutul depresiei unipolare a rămas incert. Se acceptă, drept criteriu necesar, intensitatea psihotică (episod depresiv major — DSM III) sau, după unii autori, a recurențelor frecvente (PERRIS — trei recurențe § SCHOU, cel puțin două într-un interval de 1—2 ani).

O altă clasificare este aceea a OMS—ICD 9 (International Classification of Diseases) din 1975 :

- psihoză maniaco-depresivă (PMD), formă depresivă și formă circulară cu perioadă depresivă §
- psihoză neorganică, formă depresivă (psihoză depresivă) psihogenă §
- depresie nevrotică §
- stare acută reacțională (acute reaction to stress) §
- reacție depresivă scurtă §
- reacție depresivă prelungită.

Elementele de progres constau în izolarea „personalității depresive”, definită ca personalitate distinctă, și în faptul că nu se mai consideră depresia de involuție ca o categorie autonomă.

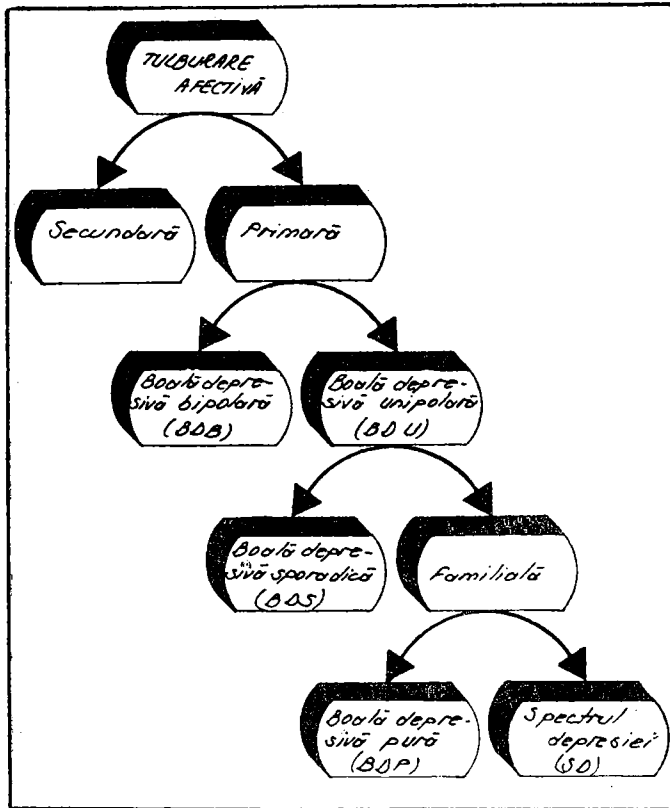
În spiritul unei binevenite prudențe nosografice (rezultată din luarea în considerare a realității clinice în toată complexitatea ei), SPITZ și colab. clasifică depresia (în cadrul tulburărilor afective) după un criteriu clinic cantitativ care implică în mod necesar și aspectul calitativ (al apartenenței nosologice, atunci cînd este posibil). Astfel, depresia este clasificată în trei categorii, cu clase și subclase specifice :

- Episod depresiv major §
- tulburare bipolară, mixtă (episoade maniacale și depressive mixte sau rapid alternate la cîteva zile) :
 - tulburare bipolară, depresivă (episod maniacal anterior, unic sau repetat, devenit episod depresiv) §
 - episod unic depresiv §
 - depresie majoră recurentă (cu absența unui episod maniacal) §
 - tulburări afective atipice §
- tulburare bipolară atipică (depresie majoră+hipomanie=bipolar II) § este o categorie reziduală pentru subiecții care nu se încadrează în tulburarea bipolară (bipolar I) sau în tulburarea ciclotimică, în care episodul de tip maniacal nu îndeplinește condițiile de severitate și durată ale unui veritabil episod maniacal (nu necesită internare).
- Alte tulburări afective specifice §
 - tulburare ciclotimică §
 - tulburare distimică (nevroza depresivă).

● Depresia atipică.

Ca perspectivă de viitor, așteptînd noi date biochimice și genetice care să ofere baza pentru o clasificare adecvată a depresiilor din punct de vedere atât etiopatogenic, cît și clinic, o opinie realistă este a acelor care au

conceput modelele polidiagnostice, ținînd cont de nivelul actual al cercetărilor în domeniu, fără să abandoneze nosologia tradițională (P. PICHOT și lista integrantă de criterii taxonomice a lui C. B. PULL și colab. : LICET D.),



Clasificarea lui Winokur

Etiologia depresiei rămîne încă o problemă controversată. Există un număr mare de ipoteze, din care mai frecvent luate în discuție sînt următoarele :

● Teorii biochimice. Dintre toate manifestările psihopatologice, cele mai multe date biologice au fost obținute asupra depresiei, fără a oferi însă o certitudine absolută în privința modificărilor biochimice implicate în dereglările metabolice, ca factor etiologic. Depresiile au reprezentat totuși prima tulburare psihică pentru care au fost concepute și verificate în practică teste biologice cu valoare diagnostică și prognostică. În funcție de multitudinea și diversitatea datelor obținute,

au fost elaborate mai multe variante de teorii biochimice :

● Teorii monoaminergice :

- teorii cantitative, bazate pe deficiența transmișiei monoaminergice, pe ipoteze în privința noradrenalinei (NA) și serotoninei (SRT), pe descoperirea inhibiției receptorilor sub efectul antidepressivelor tricyclice, precum și pe antagonismul degradărilor prin IMAO. Acțiunea acestor două mari categorii de antidepressive este capabilă să mărească concentrația monoaminelor la nivelul fantei sinaptice, ceea ce a dus la concluzia că stările depresive s-ar datora

scăderii acestei concentrații, concepindu-se chiar două categorii ale depresieiilor endogene : prin deficit NA și prin deficit de SRT. Dopamina (DA) a fost de asemenea incriminată în mecanismul anumitor depresii, pornindu-se de la constatarea clinică a stărilor depresive din boala Parkinson, din anomaliiile circadiene ale tirozinei, precursor al catecolaminelor (DA și NA) ; au fost puse, de asemenea, în evidență valorile scăzute de acid homovanilmandilic (HVA), catabolit al dopaminei, în lichidul cefalorahidian, la depresiile inhibate, efectul amfetaminelor în ameliorarea anumitor depresii, prin eliminare de dopamină în fanta sinaptică, precum și efectul anti-depresivelor cu activitate dopaminergică prevalentă (amineptina, nomifensina) ;

- teoria dezechilibrului între cele două căi monoaminergice — SRT și NA (TISSOT), care ar consta în hipocatecolaminergie și hiperseotoninergie în depresii, inversându-se în manie. Dezechilibrul ar proveni din acțiunea competitivă a precursorilor fiecăreia din aceste căi (tirozina pentru catecolamine și triptofanul pentru serotonină), fiecare din precursori putând inhiba intrarea celuilalt, antrenând astfel preponderența unei căi asupra alteia, după care, prin mecanisme de feedback, s-ar inversa situația, creîndu-se un dezechilibru în sens invers.

● Teorii membranare :

- anomalii ale permeabilității membranei, datorate modificărilor metabolismului apei, sodiului, potasiului și al altor electroliți, observate în depresiile endogene aceste modificări sînt cu atît mai semnificative, cu cît au un caracter variabil, sau chiar se inversează, un exemplu fiind retenția hidrosalină în manie ;
- o nouă ipoteză a fost elaborată în urma descoperirii receptorilor din membranele celulare pentru neurotransmițători și pentru neuromodelatori și de punerea în evidență a plasticității funcționale (capacitatea de adaptare la excesul sau deficiența neurotransmițătorilor prin modificări de număr sau sensibilitate).

● Alte ipoteze :

- alte sisteme biochimice, mai ales cele care au legături funcționale cu sistemele monoaminergice : sistemele endorfinice, gamaergice și colinergice sînt susceptibile de a avea un rol în patogenia

depresiilor, aceste ipoteze bazîndu-se tot pe constatarea unor date chimice, precum eficacitatea antidepressivă a unor substanțe cu efect anticolinergic ;

- supoziția existenței unui liant endogen ca factor regulator al dispoziției, fapt bazat pe constatări experimentale — existența în creierul de șoarec a unor focare de legătură a imipraminei, semnalate și pe trombocitele umane.

● Teorii cronobiologice. Depresia endogenă (unipolară) și subtipul depresiv al bolii bipolare comportă — cel puțin descriptiv — dacă nu și etiopatogenic — abordarea cronobiologică (bioritmologică). WEHR și GOODWIN (1981) enumeră în acest sens câteva argumente clinice și paraclinice ale cronobiologiei depresiei : periodicitatea ; debutul legat de sezon al episoadelor, cu maximum de frecvență spre sfîrșitul primăverii și/sau începutul verii (ca și suicidul asociat depresiei) ; virajul depresie-manie apare de obicei în a doua jumătate a nopții (cînd există o creștere bruscă a cortizolului plasmatic) ; în cadrul episodului depresiv există variații diurne ale simptomatologiei, cu ameliorări după-amiaza sau seara (pînă la eutimie sau chiar hipomanie) și reinstalarea depresiei în cursul nopții ; disomnia constă în trezirea matinală, precedată de întreruperi ale somnului (cu modificarea cantitativă și calitativă a somnului, precum și a distribuției sale în ciclul odihnă-activitate) ; traseele EEG de somn în timpul de latență a somnului, relevă prima fază mai scăzută, REM mai lung și cu o mai mare densitate a mișcărilor oculare decît la normal ; creșterea matinală a cortizolului plasmatic apare mai devreme, ca și diminuarea temperaturii corporale ; privarea de somn diminuează parțial simptomatologia depresivă pentru 1—3 zile). Concepțiile cronobiologice avansează două ipoteze : existența unui proces ciclic care acționează, prin structurarea unor ritmuri endogene nonperiodice sau prin mascarea efectelor unor funcții homeostatice (a căror desfășurare este ritmică), asupra modului de manifestare a bolii afective ; existența unui proces patogenetic care ar decurge din perturbarea ritmului circadian al organismului. Pentru ambele ipoteze există studii pro și contra, care caută corelații între diferiți parametri fiziologici (ciclul veghe-somn, temperatura rectală, cortizolemia, cortizoluria etc.), între tulburările psihice ce apar în urma schimbărilor de fus orar în zborurile de lungă durată sau datorate experiențelor de privare senzorială îndelungată și periodicitatea tulburărilor afective (HALBERG, 1968 ; JENNER ș.a., 1968 ;

KRIPKE ș.a., 1972 ; LUND ș.a., 1983). Efectul psihoprofilactic al litiului în bolile afective a fost explicat și prin prelungirea ritmului circadian (ENGELMAN, 1973), dar alcoolul, deși are efecte similare litiului asupra ritmurilor circadiene, nu are efecte profilactice la afectivi (BRINKMANN, 1976). Până la clarificarea rezultatelor acestui gen de studii se poate conchide că în prezent nu există dovezi concludente pentru considerarea unei tulburări circadiene în etiopatogenia bolilor afective, inclusiv depresia (Von ZERSEN, 1983).

● Teorii psihosociale. PAYKEL a arătat, în 1983, că studiile controlate, folosind tehnica interviului structurat, au demonstrat o importantă participare a evenimentelor de viață la depresivi (PAYKEL, 1969 ; THOMSON și HENDRIE, 1973 ; BROWN, 1973 ; FAVA, 1981 ; VADHER și NDETEI, 1981 ; CHATTERJEE, 1981 ; MURPHY, 1982), în raport cu laturile de control (populația generală, alte afecțiuni psihice, afecțiuni somatice), dar că această participare nu are specificitate etiopatogenică, cum era de așteptat, de altfel, la depresia endogenă. De asemenea, nu este clară participarea evenimentelor de viață în subtipul depresiei al bolilor afective bipolare (HALL, 1977 ; PATRICK, 1978). Studiile epidemiologice au arătat o slabă corelație în prevalența depresiei cu evenimentele de viață și indezirabilitatea acestora pare să fie mai importantă decât schimbările induse de apariția evenimentelor. Atunci când dezirabilitatea unui eveniment este ignorată, răsunetul lui afectiv pare să fie mai redus (BROWN). Și studiile prospective (GRAND, 1981, 1982 ; JENKINS, 1979) sînt grevate de aceeași corelație slabă. Clarificarea rolului evenimentelor de viață se va putea face numai după aprofundarea studiilor de corelație a factorilor de personalitate, genetici și biologici în cadrul plurifactorialității etiologice a depresiei.

● Teorii genetice. Ipoteza genetică a etiologiei bolilor afective este acceptată astăzi, fără a se fi stabilit însă parametrii predicției vulnerabilității condiționate genetic la aceste tulburări. Rezultatul indirect al studiilor genetice și familiale a constat, în general, în omogenizarea entităților nosologice și clasificarea criteriilor diagnostice, probabil cea mai importantă achiziție în psihiatria ultimei decade (WINOKUR). Nu s-a constatat o relație directă între genotip și fenotipul clinic. S-au găsit, astfel, genotipuri diferite la boli asemănătoare și boli fără etiologie genetică demonstrată, care sînt fenocopii ale unora cu etiologie genetică (VRASTI). Astăzi se admite predispoziția genetică pentru boala afectivă bipolară

și unipolară, care este diferită de cea pentru schizofrenie. Incidența bolilor psihice printre rudele biologice ale probanților adoptați este mai mare decât la rudele adoptive, atît în cazul bolii afective, cît și în cel al schizofreniei și în schimb, diagnosticul afecțiunilor rudelor biologice sînt similare celui al probantului, ceea ce sugerează că atît boala afectivă, cît și schizofrenia reprezintă clase morbide distincte, în care transmiterea genetică joacă un rol important. GHERSON (1982) enumără trei probleme controversate în genetica bolilor afective. Prima privește relația genetică incertă dintre boala afectivă bipolară și unipolară, parte componentă a unei probleme mai generale, care rezidă în întrebarea : există un spectru al bolilor transmise genetic alături de boala afectivă bipolară, sau doar entități discrete, dificil de separat clinic și independente ? A doua problemă pune în discuție modul transmisiei genetice : această transmisie este autosomală (cu o singură genă majoră) sau gonosomală (legată de cromozomul X) ? există subgrupe afective definite de un linkage cu locusul sistemului antigenic HLA al cromozomului 6 și/sau cu acromatopsia pentru roșu (protanopia, marker genetic bine cunoscut) strîns legată de deficiența glucozo-6-fosfatdehidrogenazei, al cărei locus se află pe cromozomul X ? A treia problemă ar trebui să răspundă la întrebarea dacă există markeri biologici pentru vulnerabilitatea genetică și dacă există heterogenitate genetică în bolile afective.

Studiile familiale au arătat că spectrul clinic al bolii afective include, alături de boala afectivă bipolară și boala afectivă unipolară, și alte entități, inclusiv schizofrenia afectivă, personalitatea ciclotimică și, probabil, chiar și altele, cum ar fi anorexia mentală (GHERSON, 1982 ; NURNBERGER, 1983). S-a confirmat, în același timp, predispoziția genetică specifică, boala afectivă fiind, se pare, constituită din subgrupe genetice heterogene, în cadrul cărora boala afectivă bipolară și boala afectivă unipolară sînt doar cele mai importante (PERRIS, 1982 ; VRASTI, 1984).

Transmisia autosomală dominantă și cea gonosomală, legată de cromozomul X, a fost abordată într-o mare varietate de metode, obținîndu-se rezultate contradictorii, fără să poată fi dovedită decât prezența ei în unele forme (bipolară), transmiterea ereditară efectuîndu-se după modelul multifactorial, care implică, în cazul vulnerabilității genetice pentru boala afectivă bipolară, și pe cea pentru boala afectivă unipolară, alături de factori suplimentari, atît genetici cît și de mediu. Studiile de linkage, folosind ca markeri genetici sis-

temul antigenic leucocitar uman A (HLA), glucozo-6-fosfatdehidrogenaza, grupul sanguin Xg^a și deuteranopia-protanopia, au dus la rezultate ce nu conduc la un răspuns clar (KIDD, 1982). Studiul care au găsit unele corelații în familii de afectivi bipolari sînt contrazise de altele, datorită probabil neomogenității metodologice. Astfel, corelația pozitivă pentru linkage cu tulburarea vederii pentru cele două culori (verde, roșu), MENDLEWICZ (1972, 1975), este infirmată de GHERSON (1977), motivul heterogenității neputînd fi acceptat pentru această diferență. KIDD (1982) afirmă însă că studiile de linkage sînt departe de a rămîne o preocupare colaterală, lipsită de perspectivă, și că rezultatele lor sînt numai aparent contradictorii. Autorul reține, din aceste studii, existența a trei tipuri genetice de boală afectivă: unul ce s-ar caracteriza prin heritabilitate legată de cromozomul X — cu linkage la tulburarea vederii colorate, altul autozomal, cu linkage la locusul sistemului antigenic HLA, și cel puțin un al treilea tip, diferit de fiecare din primele două.

Heterogenitatea genetică existentă în bolile afective (căreia îi corespunde și una biologică) este demonstrată de lipsa unei repartiții uniforme, de distribuție mendeliană a cazurilor, așit în cadrul aceleiași generații, cît și de-a lungul unui pedigree, ca și de prezența mai multor tipuri de boli afective într-o aceeași familie (VRASTI). În ceea ce privește bolile afective unipolare, studiile genetice au găsit, că 66% dintre ele sînt fenocopii (BARON 1981), un procent mai mare ca în bolile afective bipolare (45%), ceea ce înseamnă o mai redusă participare a transmisiei genetice în depresia majoră decît în bolile afective bipolare.

Modele prag (al. locusului unic major, autozomal, sau gonozomal X — ELSTONX, STEWART, 1971, și multifactorial — poligenic — REICH, 1972) abordează heterogenitatea transmisiei genetice (nemendeliene) din bolile afective, concepînd heritabilitatea ca variabilă dependentă de mediu (vulnerabilitatea crescută este asociată unei heritabilități crescute și invers). Depresia majoră ar fi, conform studiilor de prag, rezultatul unei vulnerabilități genetice inferioare bolii afective bipolare, iar aceasta ar avea, la rîndul ei, o vulnerabilitate mai mică decît schizofrenia afectivă.

Teste biologice în depresii :

- Teste de rutină :
 - testul de supresiune la dexametazonă (DST — Dexamethasone Suppression test) ;
 - testul stimulării TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ;

- Teste folosite în cercetare :
 - explorarea metabolismului serotoninei (SRT) ;
 - studii metabolismului noradrenalinei (NA) ;
 - studii metabolismului dopaminei (DA) ;
 - studiul altor tulburări endocrine : a hormonului somatotrop hipofizar, a prolactinei, a hormonilor tiroidieni, a hormonilor sexuali, a melatoninei ;
 - studiul enzimelor — monoaminooxidaza (MAO), betadopaminhidroxilaza-cateco-metiltransferaza ;
 - studiul trombocitului ca model al neuronului serotoninergic — mărirea concentrației serotoninei în trombocit, studiul capturii trombocitare a serotoninei ;
 - studiul focarelor de concentrație trombocitară a imipraminei marcate ;
 - studiul alfareceptorilor noradrenergici.

Acțiunea antidepressivelor asupra sistemului nervos central. Teoriile biochimice ale depresiei s-au bazat în mare parte pe cunoașterea mecanismelor de acțiune a antidepressivelor asupra sistemului nervos central. Încă din 1965 a fost remarcat faptul că antidepressivele triciclice, de exemplu imipramina, pot bloca recaptarea monoaminelor cerebrale în terminațiile presinaptice, în funcție de formula chimică a antidepressivului cu acțiune preferențială asupra serotoninei sau noradrenalinei. Cealaltă clasă de substanțe antidepressive IMAO împiedică prin inhibiția sistemelor enzimatice a monoaminooxidazelor, degradarea monoaminelor cerebrale. Deși acționează prin mecanisme diferite, rezultatul celor două mari clase de substanțe antidepressive pare a fi același, și anume creșterea concentrației de monoamine la nivelul fantei sinaptice, de unde concluzia că depresiile s-ar datora unui deficit de monoamine. Această ipoteză a fost pusă la îndoială de observația clinică asupra intervalului diferit de timp în care antidepressivele își fac efectul — de la una la trei săptămîni —, deși acțiunea de creștere a monoaminelor circulante este imediată administrării lor (antidepressive triciclice sau IMAO). Prin studierea experimentală a neurotransmițătorilor, cu ajutorul substanțelor marcate radioactiv, și prin administrare de durată, s-a ajuns la concluzia că antidepressivele determină fenomenul de desensibilizare a receptorilor postsinaptici, emițîndu-se supoziția că acest fenomen ar fi responsabil de efectul lor terapeutic, indiferent de formulă.

Din punct de vedere clinic, pentru descrierea amănunțită a psihopatologiei depresiei pot fi consultați și termenii NEVROZĂ DEPRE-

SIVĂ ; PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ ; DEPRESII REACTIVE etc.

205. **DEPRESIE ANACLITICĂ** (cf. lat. *depressio* ; gr. *anaklisis* „acțiunea de a se întinde pe spate, de a se culca”). ● Formă de depresie specifică pentru copilul mic, descrisă de René SPITZ, consecutivă separării brutale de mamă și caracterizată prin plinsete, refuzul oricărui contact uman, tulburări de somn, dificultăți în dezvoltarea psihomotorie. Dacă separarea afectivă nu durează mai mult de 3—4 luni, tulburările dispar → ANACLITIC.

206. **DEPRESIE (DE) EPUIZARE** ● Formă de depresie în cursul căreia se înregistrează un stadiu psihosomatic prelungit și o predominanță a simptomelor neurovegetative ; a fost descrisă de KIELHOLZ în 1959. Autorul explică instalarea acestei stări prin depășirea capacităților de adaptare a organismului, determinată de suprasolicitarea mecanismelor care reglează normotimia, în condiția acumulării unor factori stressanți ce depășesc nivelul de toleranță, mult diferit de la un individ la altul (BIRKMAYER, NEUMAYER și REIDERER). ANGST a insistat și asupra unor determinări genetice în acest tip de depresie.

„Cu toate că în deceniul al șaptelea s-au realizat numeroase studii asupra acestei presupuse entități, termenul nu a reușit să se impună, fiind inclus de obicei în grupa celor care definesc depresiile mascate.

207. **DEPRESIE MASCATĂ**. ● Cadrul conceptual care definește „bolile depresive în care simptomele psihice sînt în plan secund” (KIELHOLZ). Termenul este introdus în tratatul lui BUMKE (1938) ; LANGE îl raportează strict la depresia endogenă, în care, „simptomatologia nu este dominată de simptomele psihice”. Literatura germană va păstra mult timp acest termen legat de endogenitatea, respectiv cu psihoza maniaco-depresivă. În 1937, HEMPEL publică un articol despre „depresia cu distonie neurovegetativă”, SCHICK descrie, în 1947, depresia somatică, iar LENKE, în 1949, vorbește de depresia de origine neurovegetativă. Perioada deceniilor 5—6 este deosebit de fertilă pentru lămurirea și circumscrierea conceptului, lucrările lui K. GANS, KIELHOLZ, LOPEZ IBOR oferind o serie de argumente clinice și teoretice în acest sens. În 1969 WALCHER dedică „depresiile larvate”, termen echivalent cu depresia mascată, o monografie, iar în 1973, la St. Moritz se desfășoară, sub conducerea lui KIELHOLZ un simpozion internațional de mare

răsunet pe această temă. În momentul de față este acceptată de majoritatea autorilor ideea că depresia mascată nu este un diagnostic etiologic sau clinic, ci un mod specific de concentrare a simptomatologiei către sfera somatică. Tabloul clinic nu variază în raport cu intensitatea depresiei (nevrotică sau psihotică) sau cu vîrsta (poate fi întîlnit atît la copil cit și la bătrîni — HASSAN, PICHOT). Orientarea către diagnosticul de depresie mascată în fața unui tablou simptomatic somatic se face în raport cu următoarele criterii :

- disproporția între intensitatea simptomelor și răsunetul lor asupra activității ;
- pesimismul manifestat ca o scădere a pragului de toleranță ;
- manifestarea ciclică a simptomatologiei ;
- predominanța matinală a acceselor.

LINDBERG descrie ca semne de o precocitate maximă oboseala, durerile difuze în mușchi și în torace, cefaleea. KREITMAN, LESSE, BIGERTI, DE FONESCA, LINDBERG au studiat în mod deosebit personalitatea subiecților cu depresii mascate, subliniind trăsăturile obsesionale și hipocondriace, precum și existența unui nivel mai crescut de anxietate. LOPEZ IBOR insistă pe punerea în evidență a simptomelor depresive propriu-zise a antecedentelor familiale și ereditare. ANGST subliniază că simptomele universale întîlnite în depresie sînt simptomele somatice, tulburările de apetit și libido, de potență sexuală — adică „tulburările depresive vitale ale sensibilității interne”. Camuflarea fenomenului depresiv în torentul simptomelor corporale mărește riscul unui suicid (KIELHOLZ), care nu poate fi „anticipat” cu nimic de către neuropsihiatru. Din cortegiul impresionant de simptome somatice pot fi notate : tulburările de somn, scăderea apetitului alimentar, tulburări digestive, senzația de frig permanent, vertij, dureri pseudoanginoase, suferinări, tulburări menstruale. Diagnosticul fenomenologic al depresiei trebuie să cuprinsă, după FREYHAN, următoarele simptome țintă : tristețe, senzația de apăsare, mohoreală și anxietate, agitație anxioasă ; pierderea elanului vital, apatie — la care adăugarea simptomelor somatice, a distoniei neurovegetative și a tulburărilor funcționale conduce către diagnosticul de depresie mascată. Nu ne facem partizanii acestui punct de vedere, subliniind că depresia mascată trebuie să rămînă un memento diagnostic care să ofere șansa unui tratament adecvat — cel antidepressiv, în circumstanțe care ar părea cu totul hazardate la o analiză superficială. Fără a fi o recitate,

vechea „*depressio sine depressione*” a autorilor clasici a devenit o circumstanță de intervenție terapeutică de cea mai mare valoare.

208. DEPRESIE NEVROTICĂ ● Delimitarea nosologică precisă a depresiei nevrotice s-a făcut cu dificultate, datorită atât cadrului nebuloz al nevrozelor în general, cât și lipsei de constanță în stabilirea unei intensități acceptabile. Primele încercări au fost făcute de A. MAYER, care vorbește în 1908 de nevroză depresivă, pentru care STRANSKI propune o etiopatogenie endocrină ; LANGE a introdus în această categorie, folosind criteriul excluderii, tot ceea ce nu includea semne de endogenitate. Caracterul reactiv al acestei depresii va fi notat de GILLESPIE, iar un an mai târziu BUZZARD va folosi termenul de „nevroză” (1930). Selectind o serie de criterii pentru definirea nevrozei (succesiunea după un eveniment stressant, personalitate premorbidă particular structurată, existența unor conflicte inconștiente, capacitate de adaptare socială redusă, intensitate nonpsihotică și absența simptomelor de endogenitate), o serie de autori ca KLERMAN, ENDICOTT, SPITZER, HIRSCHFELDT, RICHOT, nu au putut găsi o unitate de opinii decât la circa 1/4 din psihiatrii consultați asupra acestui diagnostic. După GUELFİ, BOYER și PULL, în cadrul depresiei nevrotice cei mai mulți psihiatri folosesc „combinații personale de criterii”. H. EY arată că depresia nevrotică este „o deturnare a dispoziției către tristete, care se derulează lent, pornind de la o structură de personalitate cu tendința de a elabora evenimente după propriile modalități depressive. Acești subiecți par să-și manipuleze și să-și utilizeze propria boală, care ar apărea legată de un plan preconceptuat, ca o politică”. DSM III încadrează tulburările nevrotice depressive în categoria distimiilor, stabilind în deosebi criterii negative : intensitatea insuficientă pentru un episod depresiv major, durata mai redusă decât o lună, absența elementelor psihotice. Criteriile psihopatologice adaugă depresiei cel puțin trei din următoarele simptome :

- insomnie sau hipersomnie ;
- nivel energetic scăzut sau fatigabilitate cronică ;
- sentimente de autodeprecie, de pierdere a stimei de sine ;
- scădere a productivității muncii ;
- hipoprosexie ;
- izolare socială ;
- pierderea interesului pentru activități plăcute ;

- iritabilitate crescută, excesivă ;
- incapacitate de a se bucura de laude sau recompense ;
- diminuarea debitului verbal și a nivelului de activitate ;
- atitudine pesimistă față de viitor și ruminării asupra trecutului ;
- idei recurente de sinucidere ;
- plins facil.

Depresia nevrotică poate fi orientată după următorul trepid diagnostic : dispoziția depresivă, scăderea activității și lentoare psihică, la care se adaugă azele subiective somatice și anxietatea. Dorința de vindecare, conștiința unei suferințe neplăcute și cererea de ajutor medical disting suficient de clar această simptomatologie de alte tulburări depressive. Circumstanțele nosologice în care se întâlnește depresia nevrotică sînt : reacțiile, neurastenien, nevroză depresivă, decompensările nevrotice ale unor personalități particular structurate (psihastenice, isterice, distimice), stări de epuizare. KIELHOLZ a încercat s-o identifice cu DEPRESIA DE EPUIZARE →.

209. DEPRESIE „UMEDĂ” ● Termen folosit de BERNER și KATSCHING pentru a descrie depresiile în care subiecții se scoală în timpul nopții cu transpirații profuze sau în care tulburările digestive ce le însoțesc alternează între constipație și diaree. Aceste depresii umede sînt, de fapt, forme de trecere între o stare mixtă și o depresie tipică, demonstrînd (JANZARIK) instabilitatea dinamică de origine neurovegetativă.

210. DEPRESIV^(D) delir → MELANCOLIC^(D) delir.

211. DEPRESIVĂ — nevroză (fr. *dépressive*) ● Afecțiune psihogenă, caracterizată prin prezența dominantă în tabloul clinic a simptomelor care exprimă depresia, fără a atinge însă, ca intensitate, nivelul psihotic. Entitatea nevrotică (ce suscită și astăzi controverse pe plan nosologic) ar corespunde „depresiei de epuizare”, descrisă de KIELHOLZ, și „tulburării distimice” din DSM III. Legat de evoluția conceptului de „epuizare”, cu mecanismele sale psihopatologice și somatice, termenul ca atare este introdus de A. MAYER (1908), foarte curînd după aceasta apărînd și ipotezele patogenice (STRANSKI propune o teorie endocrină). Din perspectivă psihanalitică, HECKER și FREUD izolează reacțiile depressive nevrotice și nevrozile anxioase. LANGE este cel care definește reacția depre-

sivă propriu-zisă (1926) ; în SUA abia după 1945 „reacția nevrotică depresivă” este concepută ca echivalent pentru neurastenia depresivă europeană. În 1955, STAEHELIN include depresia de epuizare în cadrul bolilor „de alarmă”, în cadrul cărora consideră și depresiile simptomatice. În concepția lui KIELHOLZ, baza nevrotică a depresiei de epuizare este extrem de divers reprezentată, ajungând pînă la nivelul maxim al unei dezvoltări depresive. În lucrările sale ulterioare, alături de HOLE (1969), autorul vorbește de o depresie nevrotică cu mecanism de epuizare. WEITBRECHT (1959) precizează că nu este vorba de o epuizare fizică, somatică, ci mai curînd de o epuizare a componentei afective a personalității, prin persistența unor trăiri depresive, criticînd simplismul unor explicații etiopatogenice. BRÄUTIGAM (1968) definește „epuizarea nervoasă cronică” drept o veritabilă neurastenie.

Concepțiile actuale privind nevroza depresivă implică un context plurifactorial (factori biochimici — constînd în modificări de serotonină, dopamină ; factori constituționali ; factori generali psihologici — dezvoltarea personalității, evenimente psihotraumatizante sau conflicte intrapsihice, stressul), care concurează la apariția sindromului neurastenic, cu predominanța depresiei în tabloul clinic.

Estimările epidemiologice rămîn aproximative, din cauza deosebirilor existente în clasificarea tulburărilor respective, deși nevroza depresivă tinde să înlocuiască din ce în ce mai mult formele clasice de neurastenie și isterie.

În lumina ultimelor orientări diagnostice, afirmarea nevrozei depresive se poate face în prezența următoarelor elemente :

- prezența unui sindrom nevrotic depresiv persistent (cîteva zile pînă la cîteva săptămîni) sau intercalat cu perioade normale ale dispoziției ;
- în timpul perioadelor de manifestare, severitatea și durata simptomelor de tip depresiv sînt insuficiente pentru a întruni criteriile unui episod depresiv major (endogen) ;
- sindromul depresiv se manifestă printr-o dispoziție depresivă marcată, dominant vesperală (tristețe, posomoreală, plictiseală, oboseală etc.) și prin pierderea sentimentului plăcerii, însoțite de unul sau mai multe din următoarele simptome : insomnie sau hipersomnie, energie scăzută sau oboseală cronică, sentimentul de imperfecțiune și autodeprecie, scăderea eficienței profesionale, scăderea

atenției, tendința la izolare socială, instabilitate sau irascibilitate ;

- prezența acuzelor subiective somatice diverse, mobile, al căror substrat organic este înfirmat prin explorări paraclinice corespunzătoare : poliartralгии moderate, diminuarea apetitului pînă la inapetență, dureri abdominale nesistemizate, constipație, scădere ponderală, tulburări cardiovasculare și respiratorii cu caracter funcțional, parestezii, hiperestezie cutanată, hiperestezie vizuală și auditivă, fotofobie, fotoame, acufene, hipoestezie gustativă și olfactivă, vertij, cefalee rezistentă la antialgice obișnuite, tremurături, fibrilații musculare, crampe, pareze temporare, tulburări de dinamică sexuală.

Diagnosticul diferențial se poate realiza în raport cu :

- restul nevrozelor, prin prezența elementelor definitorii specifice fiecărei forme în parte și absența sau intensitatea redusă a depresiei ;
- reacții patologice, prin legătura nemijlocită cu evenimentul și reducerea intensității în timp ;
- decompensări de intensitate nevrotică și componenta depresivă la personalitățile dizarmonice, prin criteriile dizarmoniei în structurarea personalității ;
- psihoze (disociative, depresive, involutive, de maternitate), prin prezența elementelor definitorii ale schizofreniei, episodului depresiv din psihoza maniaco-depresivă, melancoliei de involuție, psihozelor postpartum și, în primul rînd, prin caracterul endogen al depresiei ;
- afecțiuni psihice de etiologie toxică (toxicomanii, prin evidențierea ingestiei și/sau impregnării și prezența fenomenelor de abținere) sau infecțioasă — paralizia generală progresivă (debut — forma depresivă), prin prezența semnelor neurologice și serologice specifice ;
- tulburări psihice cu componentă depresivă din bolile organice și neurologice, prin evidențierea semnelor neurologice și a sindromului umoral specific fiecărei entități în parte ;
- tulburări psihice cu componentă depresivă din bolile organice generale (debut și fază terminală) : boli infecțioase, endocrine, metabolice etc., prin simptome caracteristice și examene paraclinice specifice.

Evoluția afecțiunii este similară cu cea a altor forme de nevroză, fiind predominant

favorabilă, deși sînt autori care apreciază potențialul de conștientizare la 1/4—1/5 din cazuri. Terapia este orientată atît către produsele chimice de sinteză (antidepresive, sedative, neuroleptice, noanaleptice, insulină în doze fracționate), cit și către psihoterapie și cura sanatorială de consolidare.

212. **DEPRESS^(M)** Japonia — DCI **Imipramină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil-/10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroză minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRIN^(M)**.

213. **DEPRESSIN^(M)** Franța — DCI **Prozipezină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 6,11-dihidro-6-/2-(dimetilamino)-2-metiletil-/5H-pirido/2,3-b//1,5/benzodiazepin-5-onă, cu efecte sedative, pe lîngă cele antidepresive; are o bună toleranță.

214. **DEPRESYM^(M)** SUA — DCI **Dosulepin** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/tiepin- $\Delta^{11(6H)}$, γ -propilamină, cu acțiune antidepresiv-timoleptică moderată, dublată de calitate anxiolitice; efecte secundare moderate.

215. **DEPREX^(M)** Canada — DCI **Amitriptilină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptană- Δ^5 , γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

216. **DEPREXAN^(M)** Israel — DCI **Desipramină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-/3-(metilamino)propil-/5H-dibenz/b,f/azepină, metabolitul activ al imipraminei, cu aceeași acțiune și indicații, dar cu efect mai rapid cu 2—5 zile. Are contraindicațiile timolepticelor. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

217. **DEPRINDERE** (cf. lat. *deprehendere* „a prinde, a descoperi”) — sin. **OBIȘNUINȚA** ● Servomecanism al conduitei, cu rol facilitator și economic în dinamica sistemului psihic uman, desemnat și prin termenul de

obișnuință (sinonim utilizat mai mult în vorbirea curentă). Reprezintă o modalitate instrumentală și automatizată a activității, caracterizată prin desfășurarea acesteia în absența sau prin reducerea intervenției conștiente și voluntare a individului. Deprinderile se formează prin exersare repetitivă, realizată — după A. LEONTIEV și P. GALPERIN — prin interiorizarea și automatizarea secvențială a acțiunilor, bazîndu-se pe un stereotip dinamic care le asigură caracterul de invarianți funcționali în structura activității pe care o deservesc. Cu cit o activitate psihică este mai evoluată și mai complexă, cu atît este mai mult mediată instrumental la nivelul gîndirii, cel puțin 90% din componentele activității fiind, după W. JAMES, habituale. La nivelul personalității, deprinderile se ierarhizează pe nivele de generalitate crescînd, intrînd gradat în compoziția conduitelor (senzoriale, motorii, afective sau intelectuale) și condiționînd astfel progresele adaptării. Studiul științific al deprinderii se leagă de celebra lucrare a lui P. JANET „Automatismul psihologic” (1894).

Mai tîrziu, studiul neurofiziologic al stereotipului dinamic a relevat rolul aferenței inverse și al celui de-al doilea sistem de semnalizare în formarea, întărirea și controlul deprinderilor (M. I. VINOGRADOV, B. F. LOMOV, A. O. PUNI, V. P. ZINCENKO, I. V. TERESKINA ș.a.). Dat fiind gradul diferit de generalizare, mai ales al deprinderilor vechi în raport cu cele noi, între diferite tipuri de deprinderi se stabilesc raporturi de concordanță sau de concurență, relații pozitive de transfer și negative de interferență, amplu studiate printre alții de OSGOOD, RAY, OLERON, HAMILTON. Fenomenul transferului se referă la asimilarea de către noua deprindere a elementelor similare dintr-o deprindere formată anterior, ceea ce facilitează însușirea rapidă a noi deprinderi și formarea de abilități. Interferența (posibilă sub două forme: asociativă și reproductivă) desemnează efectul perturbant prin care elemente din vechile deprinderi inhibă sau contamenează proactiv elaborarea corectă a noii deprinderi. În condițiile confruntării a două activități complexe dar asemănătoare, transferul și interferența se produc concomitent. Interferențele cele mai mari se produc între activități radical opuse. Deprinderea se deosebește de automatismul nativ prin intervenția conștiinței și voinței — cel puțin în faza de elaborare sau în condițiile critice, de obstacol problematic — sens în care ea poate fi calificată drept act postvoluntar. Totodată, se

diferențiază de pricepere, care reprezintă capacitatea optimală de folosire a deprinderii.

Deprinderile pot fi clasificate după forma de activitate (deprinderi de muncă, deprinderea de învățare, deprinderi artistice, tehnice etc.) sau după procesele psihice dominante în care sînt antrenate (deprinderi perceptive, deprinderi motorii, intelectuale, afective). Deși considerate drept componente structural-funcționale stabile ale conduitei, rigiditatea deprinderilor este relativă, datorită fenomenelor transferențiale care au loc și asocierii lor cu cunoștințe și abilități corespunzătoare, care conduc la măiestrie, aptitudini și talent.

Deprinderile, cel puțin cele care sînt implicate în activitățile de satisfacere a trebuințelor fundamentale, sînt cel mai puțin afectate de patologia psihică a vîrstelor înaintate, comparativ cu celelalte procese sau funcții psihice. Din acest punct de vedere, alterarea deprinderilor profesionale sau de învățare este inegală în plan interindividual, circumscriind-se procesului mai larg al senescenței normale sau patologice. Pentru psihiatru, cunoașterea arsenalului deprinderilor unui subiect prezintă importanță atît sub aspect profilactic, cit și curativ, psihoterapeutic. Psihoterapiile comportamentale urmăresc tocmai modificarea conduitei neadecvate, prin eliminarea deprinderilor greșite sau stîmjenitoare adaptării → ABILITATE ; AUTOMATIZARE.

218. DEPRINOL^(M) Danemarca ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic → ANTIDEPRI^(M) România.

219. DEPRIVARE SENZORIALĂ (engl. *sensory deprivation*) ● Situație clinică sau experimentală în care subiectul este în afara posibilității de a mai primi un aport senzorial normal, pe una sau mai multe căi perceptive. Circumstanțele clinice în care se notează deprivarea senzorială sînt legate de apariția unor afecțiuni ale analizatorilor (sindromul eșarfei din oftalmologie, apariția unor surdități dobîndite posttraumatic, infecțios, chirurgical) sau prin imobilizare completă (afecțiuni ortopedice, asistarea respiratorie din poliomielită — sindromul „plămînilui de oțel”). Unele situații de excepție profesională creează condiții de deprivare senzorială: exploratori polari, speologi, cosmonauți cu activitate îndelungată în spațiul extraterestru, navigatori solitari. Circumstanțele experimentale ale deprivării senzoriale s-au realizat fie pe calea diminuării maxime a nivelului stimulării senzoriale, fie prin stimulare mono-

tonă sau difuză (BEXTON, HERON, CILLY, SHIRLEY, LUDWIG, AJURIAGUERRA, Mc. GILL). Toate aceste situații duc la apariția unei producții senzoriale, care afectează una sau mai multe căi perceptuale. Această



Anita Siegel

producție, deși asemănătoare halucinațiilor, nu poate fi asimilată acestora, lipsa de convingere a subiectului, ca și corectarea prin critică, nefiind trăsături care caracterizează în mod obișnuit halucinațiile din clinica psihiatrică.

Deși această cale a părut la un moment dat fertilă în explicarea fiziopatologiei fenomenului halucinator, ea s-a dovedit incompletă. Totuși, trebuie remarcat, împreună cu H. EY, că ea aduce un argument deosebit de valoros pentru teza care susține că halucinația este efectul dezorganizării cimpului perceptiv, apărînd, în sens jacksonian, ca un fenomen negativ.

220. DEPRIVARE DE SOMN (engl. *sleep deprivation*) ● Metodă terapeutică, utilizată mai ales în depresii. Deși studii sau comunicări întîmplătoare există de multă vreme, ideea folosirii deprivării de somn ca metodă terapeutică s-a materializat numai după 1965. Ipoteza de lucru de la care s-a pornit s-a bazat pe observații privitoare la faza REM de somn (cu mișcări rapide ale globilor oculari): electroterapia reduce somnul REM, triciclicele și IMAO suprimă REM, animalele lipsite de REM

și sporesc activitatea motorie și sexuală și se hrănesc mai intens; reserpina, medicament care crește rata de somn REM, poate provoca depresie. Mai multe cercetări recente arată că acțiunea antidepressivelor este efectivă numai atunci când somnul REM s-a redus sub o zecime din nivelul său inițial (VOGEL). Modul de acțiune al deprivării de somn nu este încă elucidat; ipotezele lui JOUVET, SHOPSIN, SHAW, GARFINKEL se grupează în jurul serotoninei și a metaboliților acesteia, implicând și acțiunea sistemelor colinergice și noradrenergice. Deprivarea de somn la depresivi a condus la elaborarea ipotezei existenței mai multor tipuri de depresie, cu substrat biochimic diferit și deci cu răspuns terapeutic diferit. Pentru acestea pledează și argumentul că depresiile insensibile la trucidice sînt rezistente și la deprivarea de somn. Mai mult, modul diferit de reacție al persoanelor extroverte sănătoase, care au fost supuse experimental deprivării, față de persoanele introverte, mult mai puțin afectate de către aceasta, vorbește despre conexiunile multiple dintre ritmul somnului și tipurile de depresie. Deprivarea de somn rămîne o ipoteză terapeutică de studiat care nu este și nu poate fi încă valorificată deplin în tratamentul obișnuit. Ea poate fi totuși încercată în unele cazuri rebele la terapiile curente. Folosirea selectivă a deprivării de somn REM sporește considerabil șansele de reușită.

221. **DEPROL^(M) SUA** ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate care se completează. Este un compus din:

- **BENACTYZINA^(M)** — tranchilizant, derivat difenilmetanic;
- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propaniolic. Are acțiune anxiolitic-sedativă.

222. **DEPTRAN^(M) Belgia** — DCI *Bromazepam*. ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepină-2-cnă, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă, cu valențe antidepressive. Atenție la administrarea la vîrstnici și conducători auto.

223. **DERALIN^(M) Israel** — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propranolol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenergice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IM AO.

Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **PROPRANOLOL^(M)**.

224. **DERCUM^(B) boală** — sin. **ADIPOZĂ DUREROASĂ**; **ANDERS^(B) boală** ● Boală cu o etiologie necunoscută, probabil endocrină, care apare mai frecvent la femei în perioada menopauzei, manifestată prin prezența unei lipomatoze localizată la zona gîtului, trunchiului și umerilor. Lipoamele sînt sensibile la palpare și dureroase spontan. Este însoțită de o serie de tulburări psihice, care au în prim plan astenia foarte pronunțată.

225. **DEREALĂ** — *gîndire* (de-; real: cf. lat. *realis*, de la res „lucru”) ● Tulburare a dinamicii intelectuale, caracterizată prin ruperea contactului vital cu realitatea (**PELICIER**), lipsa deschiderii spre lume și a schimburilor cu aceasta. Subiectul se detașează și se îndepărtează de realitate, trăiește „*lingă ceilalți dar fără aceștia*”, departe de orice aspirație sau efort comun, ca și de orice preocupare. Deturnată de la realitatea lumii, gîndirea funcționează în gol, creează, cum spune **MINKOWSKI**, sisteme și teorii ermetice, a căror extravaganță este evidentă oricui, cu excepția subiectului în cauză. Producțiile grafice sînt adesea frecvente, ca expresie a acestor creații. Întîlnit în schizofrenie, acest tip de gîndire, cu formele sale de raționalism morbid și autism „bogat”, este expresia unei disociații în ansamblul funcției gnozice.

226. **DEREALIZARE** (de-; fr. *réaliser*: cf. lat. *realis* de la res) ● Tulburare a conștiinței realității obiectuale, care apare extrem de rar ca fenomen izolat, făcînd de regulă parte din sindromul de depersonalizare. Termenul a fost introdus de **MAPOTHER** și **MAYER-GROSS**, pentru a defini sentimentul de straniețate a lumii exterioare în absența oricăror tulburări perceptive. Pierzînd „funcția realului” (**P. JANET**), subiectul se simte detașat, izolat de concretitudinea lumii, care-și pierde „familiaritatea”, devenind pentru acesta un spațiu străin. Fără a putea fi definită cu precizie, această „alienare de la realitate” (**MAYER-GROSS**) poate îmbrăca nuanțe extrem de fine, cu forme de expresie foarte variate. De la forma minimă, în care lucrurile pot să pară false, artificiale, stranii, iar persoanele modificate, urîțite, îmbătrînite, lipsite de „aerul personal”, în forma sa extremă de realizarea îi dă subiectului senzația unei retrageri complete din lumea reală, de „plutire fără înălțime” peste un deșert necunoscut.

În condițiile modificării percepției subiective a timpului, apariției desincronizării de „ritmul lumii” (HECAEN, AJURIAGUERRA) și incapacității „de a mai simți curgerea timpului” (P. JANET), spațiul își pierde și el reperele obișnuite, subiectul avînd impresia că este dezorientat (fără ca acest lucru să se confirme obiectiv — FOLLIN, AZOULAY).

Derealizarea este percepută de către subiect ca o modificare a vieții sale psihice prin senzațiile chinuitoare pe care le încearcă. Mulți autori subliniază apartenența fenomenelor de tip „dêjà vu” la cadrul general al derealizării, pentru că, așa cum subliniază P. JANET, „bolnavul neagă mai mult caracterul prezent al fenomenului decît afirmarea existenței lui anterioare”.

Derealizarea este însoțită întotdeauna și de alte fenomene, legate în special de diversele grade de modificare a conștiinței. Este caracteristică în psihastenie, schizofrenie (în special hebefrenică), depresii majore, intoxicații cu mescalină (GUTTMAN, MACLAY). După unii autori, derealizarea apare în diverse grade în debutul oricărei psihoze.

MAYER-GROSS afirmă că în evoluția schizofreniei orice bolnav trece cu necesitate printr-un stadiu de derealizare-depersonalizare, în cazuri rare aceasta putînd rămîne unica manifestare a unei stări defectuale. În stările de epuizare nervoasă pot apare fenomene de derealizare, care au însă un caracter pasager.

227. DEREFLCȚIE (cf. de- prefix negativ ; fr. *reflexion* v. și a *reflcta*) ● Tehnică utilizată în logoterapie (FRANKL, 1967) ; constă în comutarea centrului atenției de la propria persoană la interese exterioare. Dacă pacientul reușește să se exteriorizeze, implicîndu-se în lumea exterioară, devine mai puțin anxios ; astfel simptomatologia se ameliorează.

228. DERELICȚIUNE (de- ; cf. lat. *relictio* „părăsire”) ● Stare de abandon și completă izolare, criză morală trăită ca însingurare și neputință de împotrivire în fața unui destin amenințător și implacabil. În filozofia existențialistă a lui M. HEIDEGGER, derelecțiunea (Geworfenheit) capătă valoarea unei dimensiuni antropologice fundamentale, semnificînd caracterul precar al condiției umane, sentimentul subiectului că este aruncat într-o lume indiferentă și ostilă, străină de zbuciumul său sufletesc, în care se împletesc, într-o

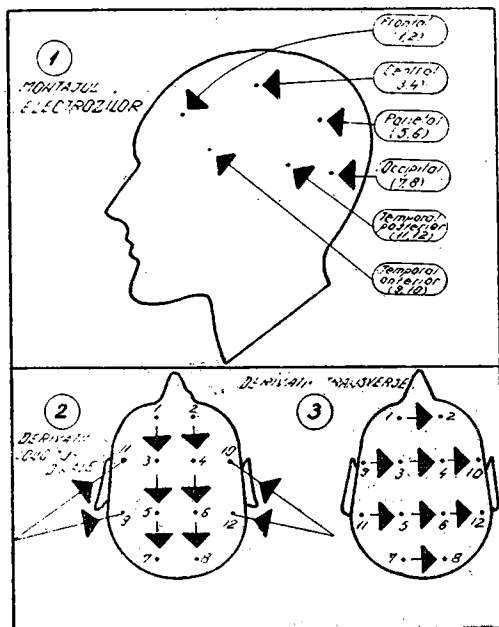
ordine golită de sens ; contingente și necesități echivalente. Sentimentul de derelecțiune reprezintă o situație limită, în care omul devine conștient de caracterul antinomic al ființei sale, libertatea de proiecție a spiritului izbîndu-se de obstacolele unei lumi preexistente, al cărei determinism nu rezervă individului decît un rol accidental, efemer. Ar putea constitui, în acest sens, punctul de plecare al unor psihogenii.

229. DEREVICI Ipolit (1897—1977) ● Psihiatru român, absolvent al Facultății de medicină din Iași, unde va funcționa ca intern la clinica profesorului PARHON. Își susține teza de absolvire cu tema „Contribuțiuni la studiul traumatismelor craniene, psihozelor și nevrozelor traumatice”, la Cluj. Din 1939 lucrează la Spitalul Socola, unde, supus unor permanente persecuții politice, are domiciliu forțat. În timpul războiului a lucrat la Institutul Ganskin din Moscova ; ulterior a revenit în țară, unde a condus din 1948 pînă în 1953, Spitalul Gh. Marinescu, în care și-a continuat activitatea ca șef de secție pînă la pensionare (1969). A fost un promotor al activităților de ergoterapie, mai ales cu caracter agricol, ca și a „deschiderii ușilor” spitalului psihiatric.

230. DERFON^(M) Franța — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (\pm)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine : noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia ; poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

231. DERIVAȚIE — EEG ● Traseu realizat în electroencefalografie de diferența de potențial culeasă de doi electrozi. Numărul derivațiilor utilizate variază în funcție de scopul urmărit, de dimensiunile craniului subiectului, de capacitatea tehnică a aparatului. Montajul electrozilor este standardizat și, de regulă, se realizează derivații longitudinale și trans-

verse. Metoda derivațiilor permite stabilirea cu precizie a focarelor lezionale. În scopuri de cercetare, se pot realiza, în afara derivațiilor standard, orice alt fel de derivații, în funcție de plasarea electrozilor.



Derivații EEG

232. DERMATITĂ PELAGROIDĂ (cf. gr. *derma* „piele“) → HARTNUP^(B) boală.

233. DERMATOFOBIE^(P) (cf. gr. *derma*; *phobos* „frică“) — sin. DERMATOSIOFOBIE^(P) ● Teamă excesivă, patologică și nemotivată, de atingere a pielii sau de apariția unor leziuni ale acesteia, însoțită de modificări ale comportamentului, constind din evitarea contactului nemijlocit cu obiectele nefamiliare din jur sau cu cele considerate ca posibili agenți agresivi. Se întâlnește în dezvoltări hipocondriace, nevroz obsesivo-fobice, schizofrenie și la personalitățile psihastenice, uneori (rar) acompaniată de idei delirante hipocondriace.

234. DERMATOG LIFE (cf. gr. *derma*; *glyphe* „sculptare“) ● Suma imaginilor realizate de modul specific și individual de orientare a creștelor dermice și a pliurilor de flexiune pe suprafața degetelor, palmelor și plantelor

unui individ. Constituindu-se ontogenetic foarte precoce (luna a treia a vieții intrauterine) și fiind foarte stabile (toată viața), ele au proprietatea de specificitate individuală (practic la numărul actual al populației umane nu pot exista doi indivizi cu desene papilare identice). După ce a realizat o revoluție în criminalistică, metoda dermatoglifei și-a găsit și alte domenii de studiu, printre care cercetarea dermatoglifei în anomaliile cromozomiale: trisomia 21 (CUMKINS, PENROSE); trisomia 13–15 și trisomia 13 (UCHIDA, PENROSE); anomaliile gonosomilor: sindromul Klinefelter, sindromul Turner; dismetaboliile de tipul fenilcetonuriei. PONS, SANK, MELLER ș.a. au cercetat amprentele bolnavilor schizofreni, iar TURAI, BROWN pe cele ale epilepticilor, fără a ajunge însă la concluzii unanime.

235. DERMATOM (cf. gr. *derma*) ● Porțiune de tegument înervată de fibre senzitive, aparținând unei perechi omonime de rădăcini dorsale. Sensibilitatea superficială (tactilă, termică, dureroasă) de la nivelul tegumentelor este asigurată de exteroreceptori, care percep excitanții și li transmit prin căile sensibilității la nivelul cortexului. De la nivelul receptorilor la primul neuron al căii sensibilității (din ganglionii rahidieni sau din ganglionii nervilor cranieni), informația circulă prin dendritele acestor neuroni. Axonii protonuronilor senzitivi formează rădăcinile posterioare, similare cu rădăcinile senzitive ale nervilor cranieni, care se termină pe al doilea neuron senzitiv din bulb. Cunoașterea dermatomelor este esențială în stabilirea diagnosticului de isterie (mai ales în formele sofisticate de parestezii ale acestora).

236. DERMATOOPTICĂ — sensibilitate (cf. gr. *derma*; *optikos* „referitor la vedere“) ● Tip particular de sensibilitate (sensibilitate fotodermică), constind din perceperea luminii prin tegumente și țesuturi. Evidențiată prin multiple experimente, este considerată o caracteristică generală a protoplasmiei, fiind întâlnită în regnul animal și vegetal. La om, existența unei asemenea sensibilități este foarte contestată. În 1920 s-au purtat discuții asupra unui asemenea caz (Jules Romain), iar în URSS (1964) cercetările au confirmat posibilitatea unei „viziuni extraretiniene“ umane. O șesime din subiecții cercetați au dovedit că pot distinge negrul de alb prin pipăit, iar un caz (Rosa Kouleskova) chiar a recunoscut culorile cu virful degetelor.

237. DERMATOSIOFOBIE^(P) ^{sin.} → DERMATOFOBIE^(P).

238. DERMATOZOIC^(D) delir (cf. gr. *derma*; *zoon* „ființă vie”) — sin. DELIR CU ECTOPARAZIȚI; EKBOM^(D) delir ● Termen introdus de K. EKBOM (1938) pentru a defini o afecțiune specifică involuției. Subiecții acuză existența unui parazitism exogen, pe care caută să-l înlăture. Convingerea în existența paraziților este de nezdruincinat, iar delirul se rezumă la această tematică monotonă. FLECH constată, la rîndul său, caracterul ireversibil al acestui delir.

FAURE, BERCHTOLD și EBTINGER remarcă unitatea obiectului delirului (insecta, parazitul) cu corpul subiectului care devine astfel, de fapt, obiectul propriului delir. Deși frecvența delirului dermatozoic este mai crescută în psihozele de involuție, existența lui în alte entități ca schizofrenia (LOPEZ IBOR), leziunile frontale (ABBIATI), afecțiuni hipotalamice (KLAGES), tulburări senzoriale grave (AHLHEID), îl indică drept o entitate cu sferă de apariție mai largă.

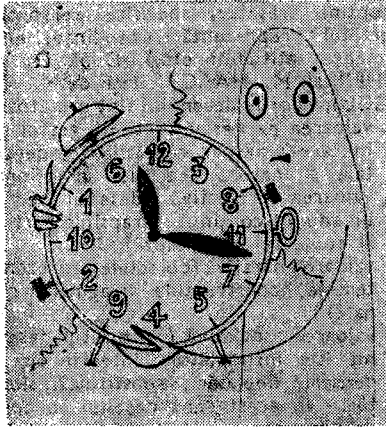
239. DESCARTES René (latinizat Renatus Cartesius (1596—1650) ● Filozof și savant francez, se numără printre înțemeietorii filozofiei moderne; a fost unul dintre reprezentanții de seamă ai raționalismului, acordînd prioritate rațiunii, deținătoarea „ideilor înnăscute”. Rațiunea, în concepția lui, este dată în mod egal oamenilor, dar nu toți o folosesc în mod corect, datorită lipsei unei metode potrivite. Pentru DESCARTES, criteriul adevărului se află în rațiune însăși, în evidența, claritatea și distincția cunoștințelor noastre. În filozofia sa, el pornește de la „îndoiala metodică”. Potrivit acesteia, orice procese ale cunoașterii trebuie puse sub semnul unor îndoieli succesive, menite să conducă la elaborarea unor cunoștințe cit mai sigure și cit mai clare. În această perspectivă, DESCARTES consideră că unicul fapt sigur, care nu poate fi pus sub sennul îndoielii și care poate fi punctul de plecare al oricărei filozofii și al oricărei cunoașteri, este constatarea: „mă îndoiesc, deci cuget; cuget, deci exist” („Dubito ergo cogito; cogito ergo sum”). Îndoiala carteziană nu este sceptică, ci metodologică; ea vizează un fundament absolut sigur al cunoașterii. La baza metodei sale de cunoaștere DESCARTES a pus deducția, care trebuie să pornească de la adevăruri clare și distincte, cunoscute nemijlocit de rațiune. El a recunoscut

totuși și valoarea cunoașterii experimentale. DESCARTES a formulat și conceptul modern de metodă: un ansamblu de reguli sigure și ușoare, grație cărora cine le va aplica cu exactitate nu va lua niciodată ceva fals drept adevărat și va ajunge, cruțîndu-și puterile minții și mărîndu-și progresiv cunoștințele; la înțelegerea adevărată a tuturor fenomenelor pe care va fi capabil să le cunoască.

Trăsătura fundamentală a filozofiei lui DESCARTES o constituie concepția dualistă, susținînd existența independentă a două substanțe: cea materială (corpul), cu atributul întinderii, și cea spirituală, cu atributul gîndirii (cugețării), ambele subordonate unui principiu suprem—Dumnezeu. El consideră că Dumnezeu a creat universul, dar odată cu actul creației rolul său încetează, universul desfășurîndu-se potrivit legilor lui proprii, de natură mecanică. El explică fenomenele naturii în chip materialist-mecanicist, principiul de bază fiind materia în mișcare, iar mișcarea fiind concepută numai ca deplasare în spațiu. DESCARTES a adus o contribuție însemnată și la dezvoltarea matematicii, fizicii, biologiei și a altor științe, contribuînd în mare măsură, prin latura materialistă a gîndirii sale, ca și prin orientarea antiscolastică a raționalismului, la progresul științei și filozofiei. Operele sale principale sînt: „Discurs asupra metodei de a ne conduce bine rațiunea și a căuta adevărul în științe”, „Geometria”, „Meditații metafizice”, „Principiile filozofiei” ș.a.

240. DESCOPERIRE^(D) delir (cf. lat. *discoperire*) ● Delir de invenție, avînd drept particularitate orientarea „inventatorului” către domenii în care progresele în vederea găsirii unor soluții sînt foarte mici sau imposibile. Dintre acestea mai frecvent apar: cuadratura cercului, perpetuum mobile, fuziunea nucleară, vindecarea cancerului. Deliranții — uneori persoane cu un anumit grad de cultură profesională în domeniul respectiv — își expun invențiile ignorînd unele erori grosolane de demonstrație sau experiență. Uneori este nevoie de intervenția unor comisii de specialiști pentru evidențierea unor erori mai subtile sau pentru a liniști opinia publică, antrenată și ea într-un veritabil „delir colectiv” la „descoperirile” inventatorului, care va deveni rapid un persecutat. Prin insolitul tematicii, acest delir paranoiac face o notă aparte în cadrul mai larg al delirurilor de invenție. În ciuda unor opinii contrare, aceste deliruri nu devin, odată cu progresul tehnico-

științific, descoperiri reale, ele reflectând nu scripierea genului, ci izbucnirea unor afecte refulate sau o ignoranță totală, conjugată cu ambiții nemăsurate — acel veșnic conflict dintre dorință și putință.



241. DESCRIPTIN^(MC) Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente și pizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- OXAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Are acțiune sedativ-anxiolitică, miorelaxantă.

242. DESCRIERE (cf. fr. *décrire*) ● Modalitate de reproducere prin mijloace verbale sau prin alte mijloace a unei realități, tinzând spre o prezentare cit mai completă, concretă și sugestivă, utilizând detalii și particularități care o fac extensivă (spre deosebire de definiție sau caracterizare). Descrierea reflectă spiritul de observație al individului, capacitatea sa de evocare și flexibilitatea lui lingvistică. Descrierea fenomenologică — metodă a filozofiei cu același nume (BRETANO, HUSSERL, SPRANGER) — optează pentru intuiția cognitivă și renunțarea la demonstrația logico-deductivă, intrucit manifestările spirituale și experiența subiectivă pot fi explicate numai prin considerații directe, prin descrieri ce reduc treptat fenomenele la structura lor esențială.

Fenomenologic, reflecția filozofică este subordonată introspecției (HUSSERL), intenționalitatea subiectivă fiind o trăsătură distinctivă a conștiinței și gândirii. Numai printr-o contemplare „eidetică” s-ar putea ajunge la surprinderea esenței (eidos). H. EY sublinia

că, deși încărcată de subiectivism, descrierea fenomenologică a dus la prezentarea unor fapte concrete, deschizând calea psihologiei fenomenologice (a cărei valoare este încă relativă).

Ca fapt clinic, descrierea sau, mai bine zis, modul în care descrierea unor evenimente personale sau extrapersonale este făcută de către subiect, prezintă o importanță deosebită. Nevroticul descrie în mod amănunțit (de multe ori cu nuanțe patetice), expresiv și extensiv, evenimentele sau evenimentul care l-au adus într-o situație considerată de el ca fiind de nedepășit, subliniind eforturile lui pentru a traversa această situație, fapt care îi este însă „peste puteri”. Deși descrierea se vrea convingătoare (nevroticul este de bună credință, el nu exagerază voită, ci simte exagerat), deși sint enumerate eforturile făcute de „a nu ajunge aici”, în spatele acestor afirmații, pentru ascultătorul obiectiv, apare atitudinea de abandona — nevroticul complăcându-se în a-și abandona problemele, în a le „arunca” spre rezolvare altora. Oricît de patetică și dramatică ar fi descrierea pe care o face dezarmonicul isteric, oricît tragism ar răzbate din fazele sale, oricît ar încerca să convingă — nu numai prin vorbe, dar și prin mimică, gestică, plîns — ascultătorul obiectiv nu poate fi convins, pentru că în spatele acestei atitudini de victimă se ascunde falsul, egoismul pe care personalitatea dizarmonică și-l trădează, referindu-se numai la sine (pentru un astfel de subiect, care se decompensează din cauza îmbolnăvirii sau morții unei persoane apropiate, adevărata victimă nu este cea bolnavă sau decedată, ci el, subiectul, care apare astfel ca o falsă „victimă a victimei” reale). Pe prim plan se situează nu suferința reală, a celui în cauză, ci efectul pe care această suferință îl are asupra personalității isterice, hiperimpresionabile și cu prag de frustrare scăzut. Extrem de participativ în descriere, convingător, precis, concret, extensiv este dizarmonicul paranoic. Pentru acesta, descrierea înseamnă fapte, date, cifre, referințe, dovezi, argumente pe care le susține sigur de sine, de dreptatea sa, convins că nu pot exista contraargumente, că „logica” sa este inexpugnabilă. Plină de jenă reală, de ezitări, este descrierea pe care personalitatea psih-astenică o face fobiilor și obsesiilor sale, de al căror caracter patologic este convins, după cum convins este că, deși vrea, nu poate lupta cu ele. Descrierea acestei lupte cu sine este de un real dramatism, ea denotă suferința bolnavului, conștient că boala sa îl aruncă în afara normalității. Bolnavul schizofren de-

scrie faptele, evenimentele, propriile trăiri (uneori terifiante, pline de tenebre și mister) într-un mod detașat, denotînd lipsa ecoului afectiv, răceala, distanța imensă de la care privește faptele. Mimica, gestică, tonalitatea vocii, inflexiunile sînt în totală discordanță cu conținutul descrierii. Deși cu voce scăzută, cu puține nuanțări și date sărace furnizate despre sine sau despre evenimente aleatorii, descrierea depresivului este străbătută de autenticitatea suferinței, a durerii morale, a scăderii elanului vital. Exprimarea este laconică, deoarece pentru acest suferind totul este lipsit de sens, și atunci la ce bun să-și mai împărtășească suferința, convins fiind că nimeni și nimic nu-l poate ajuta.

243. **DESENSIBILIZARE SISTEMATICĂ** (cf. fr. *désensibiliser*) — sin. **DECONDIȚIONARE PROGRESIVĂ** ● Metodă psihoterapeutică de tip comportamental, bazată pe condiționarea clasică (de tip pavlovian), pe modelul inhibiției reciproce și pe teoria învățării, aplicabilă în anxietatea nevrotică; a fost elaborată de J. WOLPE (1958), care a urmărit restabilirea unei relații normale între stimulii anxiogeni aplicați și relația de răspuns (acesta generînd anterior comportamente inadapte). Metoda se bazează pe răspunsuri comportamentale antagoniste anxietății, obținute prin impactul progresiv al sugestiei terapeutului cu imaginea mentală anxiogenă: „dacă în prezența stimulilor generatori de anxietate se înstalează un răspuns opus acestora, capabil de a o diminua sau de a o suprima, atunci legăturile care unesc stimulii cu anxietatea trebuie să slăbească” (WOLPE). Metoda constă în exerciții de relaxare musculară progresivă, după sistemul Jakobson (înlocuit prin relaxare autogenă Schultz), în varianta desensibilizării sistematice propusă de J. ROGNAND în 1960, și în ierarhizarea gradată a stimulilor evocatori de anxietate (prin apel la procedee imaginative), pînă cînd itemii anxiogeni prezenți subiectului nu mai antrenează anxietatea acestuia. În variantele mai recente, desensibilizarea sistematică este realizată individual sau în grup, utilizînd mijloace audio-vizuale (benzi de magnetofon, diapozitive) sau psihofarmacologice, pentru inducerea relaxării. Indicațiile metodei sînt largi: nevroza anxioasă, fobii (în special agorafobia), obsesii, disfuncții sexuale (fobie față de sexul opus, vaginism, dispareunie etc.), tulburări psihosomatice (astm), stări depressive, anxioase, reactive, toxicomanii.

244. **DESEN** (fr. *dessin*; cf. lat. *designare* „a marca, a trasa, a reprezenta”) ● Formă

complexă de expresie plastică, în care se manifestă funcția simbolică a psihismului și care folosește activitatea grafică, picturală pentru reprezentarea unor obiecte, scene, situații. Desenul reprezintă o modalitate specială de exprimare a persoanei (modalitate psihologică ce conține trăsături specifice personalității subiectului: reprezentări, tendințe, emoții, sentimente, atitudini etc.). După D. WID-LOCHER și M. HAAG (citați de C. ENĂCHESCU), valorile desenului sînt următoarele:

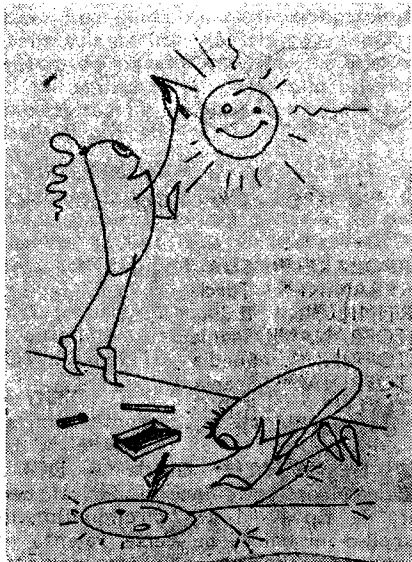
- valoarea expresivă (dată de gestul grafic în care transpar calitățile temperamentale și natura reacțiilor emoționale);
- valoarea proiectivă (desenul semnifică un anumit conținut intrapsihic particular al subiectului în cauză);
- valoarea narativă (obiectele reprezentate, temele, construcțiile imaginare personale);
- valoarea asociativă (conținutul desenului nu este întimplător și intervin aici condensări, deplasări, substituiri, simbolizări; în acest sens desenul se apropie de vis).

În perspectivă psihologică și psihiatrică, desenul interesează ca una dintre activitățile care arată formarea și dezvoltarea personalității; pe de altă parte, desenul evidențiază, în cazul bolilor psihice, fenomenele antrenate de procesul morbid, modificarea și destructurarea, parțială sau totală, a personalității. C. ENĂCHESCU prezintă (după LUDIET) fazele ontogenezei desenului:

- faza realismului fortuit (mizgăleli a căror semnificație poate fi descoperită în cursul analizării lor);
- faza realismului neizbutit (incapacitate sintetică, nu există coordonare între elementele reprezentate);
- faza realismului intelectual (desenul redă însușirile modelului, dară fără o perspectivă vizuală clară);
- faza realismului vizual (desenul este coordonat, redă o perspectivă particulară, proporționată).

La copil, desenul merge în paralel cu etapele dezvoltării sale, urmînd achizițiile specifice limbajului (desenul însuși este un limbaj). De la mizgălelele întimplătoare, aproape fără semnificație, copilul ajunge la etapa realismului vizual, care presupune o capacitate de structurare a spațiului. Desenele infantile reflectă atît personalitatea copilului, cît și nivelul lui de dezvoltare intelectuală, ceea ce prezintă interes nu numai pentru cercetătorii din domeniul psihologiei copilului preșcolar și antepreșcolar, ci și pentru pedagogie

neuropsihiatrie infantilă și pentru alte discipline înrudite cu psihologia. Descifrarea semnificațiilor din desenele infantile, analiza și interpretarea aspectelor formale și de conținut (dimensiunea desenului, amplasarea persona-



lor, deformările și detaliile, preferințele cromatice ș.a.) impun desenul, la copil, ca instrument de bază în psihodiagnoză și psihoterapie pediatrică. Concret, în practica pedopsihiatrică se utilizează o serie de teste de dezvoltare mentală și productivă, bazate pe activitatea grafico-picturală a copilului. Dintre testele de evaluare a vârstei mintale și a funcțiilor cognitive care utilizează desenul, pot fi enumerate testul „omulețului”, elaborat de F. GOODENOUGH (1926) ; testul L. Bender de copiere a unor trasee ondulate, cu valoare diagnostică în psihoze și stări de limită ; testul A. Rey de reproducere din memorie a unei imagini complexe ; probe de reproducere a unor figuri geometrice din bateria Binet-Simon (și a variantelor ei) ; testul Fay de executare a unui desen după un consens ; Testele de creativitate prin desen (de tip Torrance sau Selier) sint folosite și ca mijloc psihoterapeutic facilitind catharsisul. „Desenul în oglindă”, constind în solicitarea reproducerii unei figuri văzute în oglindă, constituie o probă psihologică valoroasă pentru studiarea învățării motorii, în condiții de modificare (inversare) a cimpului perceptiv. Pentru studiarea proceselor inconștiente și a dinamicii lor, se

utilizează desenul liber (se propune copilului să deseneze ce vrea el ; în acest sens, WIDLOCHER a realizat o interesantă analiză psihologică în lucrarea „Interpretarea desenelor copiilor”) sau desenul cu temă, de tipul testului Koch (testul „Arbore”), testului Corman-Porot (testul „Familia”), cu varianta Borelli-Vincent (testul „Om-casă-pom”) ș.a. Din arsenalul tehnicilor de psihoterapie infantilă, artterapia prin mijloace grafico-plastice, ocupă un loc important → ARTTERAPIE, CATHARSIS, CREATIVITATE.

Modificările desenului în sens simptomatic se referă la transformările expresiei grafice determinate de un proces mental morbid (ele pot fi psihopatologice sau neuropsihopatologice, în cazuri de organicitate cerebrală). Aceste modificări reflectă dezorganizarea unor funcții și procese psihice (percepția imaginii, recunoașterea și înțelegerea imaginii, formarea reprezentării și a imaginii mintale) realizarea expresiei grafice propriu-zise fiind semnificativă, în patologia psihiatrică și neuropsihiatrică, atât pentru instrumentarea nivelului instrumental (capacitatea instrumentală, practică), cit și pentru tulburarea nivelului simbolic (capacitatea simbolică) → ARTA ȘI PSIHIATRIA.

245. DE SERPA^(M) SUA — DCI Reserpina • Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub 3 ani.

246. DESERPINE^(DCI) • Derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 11-demetoxireserpine — metabolit oxidat al reserpinei, cu efecte anxiolitice mai bune și mai rapide. Constituie principiul activ pentru doi produși farmaceutici de tip neuroleptic sedativi :

HARMONYL^(M) Anglia, Belgia, SUA.

RAUNORMINE^(M) Japonia, SUA.

Efectele secundare sint mai marcat hipotensoare decit ale reserpinelor.

247. DESHAIES-PELLIER^(S) sindrom — sin. SINDROM SUBIECTIV AL ELECTROȘOCAȚILOR • Sindrom care intervine după aplicarea unui tratament cu electroșocuri, constind în acuze privind capacitatea de memorare și dificultăți de concentrare a atenției. Diferența semnificativă a frecvenței apariției acestui sindrom la bolnavii care au cerut ei înșiși să recurgă la terapia electroconvulsivantă, față de cei care au primit-o

cu reticență și numai la insistențele medicului, arată net că nu este vorba de o determinare organică. De asemenea, sindromul subiectiv este mult mai frecvent la subiecții la care seismoterapia nu a dat rezultate pozitive (EBTINGER și WARTEL). Dificultățile care rezidă din tratarea acestui sindrom (mai ales în situația când el se adaugă la o afecțiune anterioară) recomandă o prudență suplimentară în alegerea electroșocului ca variantă terapeutică în anumite faze.

248. DESIGN (engl. design „intenție, scop”) ● Mod de a concepe și încadra cercetarea științifică în domeniul cunoștințelor unei discipline. Se referă în primul rând la strategia alegerii ipotezei de lucru, în funcție de existența sau inexistența unor studii asupra unei anumite probleme, de deficiențele lor, de necesitatea replicării în vederea verificării rezultatelor lor, din care va decurge metodologia cercetării.

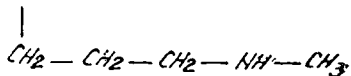
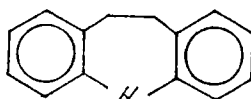
Designul unui experiment clinic psihiatric (în general al oricărei cercetări) constă în considerarea sistematică a unei probleme, pentru găsirea modalității prin care abordarea ei experimentală poate conduce la mai buna ei cunoaștere (SURVILLO, 1980). Această abordare presupune mai multe etape: cercetarea; pe cât posibil exhaustivă, a literaturii existente despre acea problemă; formularea clară a ipotezei de lucru; definirea riguroasă a eșantionului (pe baza unor criterii de includere și excludere a judecilor alese); definirea operațională a variabilelor dependente și independente care trebuie să fie identificabile, cuantificabile și verificabile într-un studiu de replicare; alegerea eșantionului pe baza criteriilor acceptate; recoltarea datelor, analiza și discutarea lor; formularea concluziilor: După cum se poate observa, etapele specifice designului cercetării sînt doar primele două, următoarele identificîndu-se de fapt cu metodologia cercetării.

249. DESIPRAMINE^(DC1) ● Derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-/3-(metilamino)propil-/5H-dibenz/b,f/azepină, metabolitul activ al IMIPRAMINEI, avînd aceeași acțiune și indicații, dar cu efect mai rapid cu 2—5 zile. Contraindicațiile sînt cele ale timolepticilor. Nu se administrează asociat cu IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici antidepressivi timoleptici:

Cel mai cunoscut este:

PERTROFAN^(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, Japonia, Olanda, RFG, SUA.

Alți produși sînt:
DEPRAMINE^(M) Mexic
DEPREXAN^(M) Israel
IRENE^(M) Italia
NEBRIL^(M) Argentina



NORPOLAKE^(M) SUA
NORPRAMIN^(M) Turcia
NORTIMIL^(M) Italia
PERTOFRANA^(M) Spania
PERTOFRIN^(M) Suedia
PERTOFRINA^(M) Spania
PETYLYL^(M) R.D.G.
SERTOFRIN^(M) Norvegia.

250. DESMENAT^(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic, de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru doze mari, efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

251. DESOBESI^(M) Brazilia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat, de tip (+)-3-(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene și utilizat în combaterea obezității, consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

252. DESOMATIZARE (cf. gr. *soma* „corp”) ● Termen creat de KRAPP pentru a desemna o alterare a sentimentului de corporalitate (somatognozie), corespunzînd clinic unei hemisomatognozii bilaterale, fără a fi însoțită de o de structurare a Eului (fără dezaminare). Poate îmbrăca forma dismorfofobiei sau a

neautoscopiei. Nu se cunoaște sediul leziunii care ar putea genera acest sindrom. Desomatizarea ar semnifica deci dispariția conștiinței existenței întregului corp, fără dispariția concomitentă a sentimentului de individualitate și unitate a persoanei, fără sentimentul de irealitate. Reprezintă pe plan psihopatologic, în cadrul tulburărilor de schemă corporală, un sindrom de extremă gravitate, ce se poate întâlni în schizofrenie, melancolie, nevroză obsesivo-fobică, în epilepsia temporală și la personalități psihastenice.

253. **DESOPIMON**^(M) Ungaria — DCI *Clorfenfermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat, de tip p-clor- α , -dimetil fenetilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale, în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, precum și pentru combaterea obezității secundare curei NL → PSIHOSTIMULENTE.

254. **DESOXO**^(M) SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent, cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

255. **DESPĂRȚIRE**⁽⁸⁾ sindrom ● Totalitatea simptomatologiei subiectiv-reactive care apare sau se exacerbează la un subiect în momentul anunțării sau percepției externării, atunci când nu dorește acest lucru, nu datorită stării sănătății sale, ci din alte motive, în care poate fi inclus și cel al lipsei de securizare; de obicei însă, teama de a pierde sau a diminua beneficiul secundar al bolii este cauza acestei manifestări, avînd o simptomatologie proprie fiecărui subiect. Termenul, propus de autorii acestei lucrări, trebuie diferențiat de ECOFOBIE/DICOFOBIE.

256. **DESTĂINUIRE** (cf. lat. *dis-*; taină) ● Proces interrelațional prin care o persoană dezvăluie despre sine informații reale. Pentru ca destăinuirea să aibă loc, trebuie deci să existe cel puțin încă o persoană, care să asculte și să participe într-un fel sau altul la ceea ce i se spune. Destăinuirea poate fi voluntară sau involuntară. În destăinuirea voluntară, cel care furnizează informațiile o face în mod conștient și intenționat, căutînd să-și satisfacă o anumită trebuință (de apreciere, de compătămire etc.) sau să atenueze intensitatea unei trăiri afective, prin determinarea unui sentiment de solidaritate cu suferința sa în reacția celui care îl ascultă. Destăinuirea

involuntară este prezentă în momentul în care presiunea unor stări afective cumulate duce la necesitatea descărcării lor. Limita de demarcație dintre destăinuirea voluntară și cea involuntară nu este fixă.

În cadrul relației psihoterapeutice, destăinuirea caracterizează anumite etape ale discursului subiectului, în funcție de evoluția relației și de personalitatea subiectului. Destăinuirea poate fi o fază a fenomenului de abreacție, în măsura în care este dublată de o tensiune afectivă puternică. În terapia psihanalitică, conștientizarea conflictului refuzat facilitează verbalizarea acestuia, ceea ce ar echivala cu o destăinuire. În funcție de subiect și de relația transferențială, această destăinuire poate avea loc chiar în procesul conștientizării, poate fi amînată sau refuzată. În privința destăinuirii venite din partea psihoterapeutului, utilitatea ei nu este acceptată unanim. Însuși FREUD era ambiguu în această privință; analiștii cu o conduită ortodoxă nu o acceptă, neutralitatea fiind socotită una din regulile lor de bază. Alți autori însă, reprezentanți ai unor școli terapeutice diferite de psihanaliză, consideră destăinuirea fie ca o aptitudine a psihoterapeutului de a fi spontan și a se simți liber în dezvăluirea despre sine a unor informații particulare, atunci cînd consideră că acest lucru este necesar, fie ca un fapt existent în cadrul relației terapeut-pacient. De cele mai multe ori, destăinuirea psihoterapeutului are un caracter instrumental. Ea poate modifica emoțiile subiectului și reacțiile sale, motiv pentru care trebuie atent manipulată și controlată, efectele sale fiind notate și evaluate.

257. **DESTIN** (fr. *destin*; cf. lat. *destinare* „a fixa, a decide”) — sin. FATALITATE ȘOARTĂ ● Forță inflexibilă care ar governa evenimentele și existența individuală. Pentru anțici, chiar zeii și alte ființe supranaturale erau supuse destinului. Problema existenței unei astfel de determinări a fost întotdeauna un punct de maximă atracție pentru spiritul uman, care nu i-a găsit însă un răspuns corespunzător. Astfel, noțiunea de destin a început să fie intim legată de irațional, magic, ocult, implicînd dezvoltarea unor practici cu pretenții de știință (chiromanția, astrologia), care încercau să aproximeze destinul pe baza unor presupuse determinări individuale congenitale sau extraindividuale.

Teoria probabilităților oferă posibilitatea anticipării cu o anumită probabilitate a evenimentelor, neputînd însă oferi „previziuni certe”, ceea ce a determinat din partea multor

necunoscători o reacție de neîncredere sau de respingere a valorii acestuia.

Sub influența unor concepte religioase, în cultura și filozofia europeană a persistat multă vreme o atitudine fatalistă față de destin, chiar și la începutul secolului al XX-lea. Un filozof de talia lui SCHOPENHAUER afirmă că „pornind de la naștere, cursul vieții umane este determinat, până în cele mai mici detalii...” (1851). Ereditatea și, ulterior, genetica vor apăia ideea de destin de medicină, elaborând conceptul de destin biologic, ca o sumă de variabile determinate ce întregesc personalitatea biologică.

Psihanaliza pune problema destinului ca fiind una din manifestările inconștientului, manifestări care, aparent, sînt percepute ca o fatalitate exterioară sau atribuite acesteia (→ NEVROZA DE DESTIN; COMPULSIUNI DE REPETIȚIE). Afirmăția lui FREUD că „nevroza este o parte din destinul persoanei” se referă la determinările inconștiente ale nevrozei, determinări pe care subiectul nu le cunoaște, el suportînd doar efectul acestora. JUNG va depăși limită considerațiilor teoretice, cerînd subiecților săi să-și facă horoscopul înainte de a fi analizați, iar SZONDI va elabora o teorie (dorită științifică) a destinului, cu scopul declarat de a arunca o punte de legătură între genetică și psihologia abisală — analiza destinului: în ambițioasa tentativă de a depăși domeniul constrîngerii, pentru a oferi individului posibilitatea alegerii cel puțin în cinci domenii (dragoste, prietenie, profesie, boală și stilul de a muri), autorul a făcut o enormă construcție teoretică și pragmatică, al cărei destin este însă de a fi și astăzi foarte contestată.

O realizare de ultimă oră, în care se îmbină în mod misterios datele biografice cu multiplii cîmuni ai unor numere prime — curbele bioritmurilor — vine să ofere (inclusiv cu ajutorul calculatorului electronic) un nou placebo pentru anxietatea individului în fața a ceea ce se înțelege și se resimte a fi un destin propriu.

258. DESTRUCTURARE (cf. fr. *déstructurer*; vezi lat. *structura*) ● Termen care traduce, în concepția teoriei organodinamice, modificarea organizării cîmpului conștiinței, datorată bolii mintale. Încercînd o viziune fenomenologică, prin care să depășească separările „asociaționiste” și „funcționaliste”, bazată pe fapte clinice care demonstrează unitatea structurală a conștiinței, ordonată natural în nivele arhitectonice, H. EY nuantează nivelele de deconstructurare, „de la nivelele ei inferioare — somnul și visul, pînă la cele superioare —

psihoza maniaco-depresivă”. La fiecare dintre aceste nivele este evidențiată „pierderea” registrelor care permitea subiectului integrarea experienței sensibile a relațiilor lui cu lumea sa actuală. Astfel, în stările confuzionale se pierde capacitatea de a fi prezent în lume și în experiențele halucinatorii din bufeele delirante și stările oneiroide — capacitatea de a ordona spațiul trăit al reprezentărilor; în stările maniaco-depresive — posibilitatea de a-și modula atitudinile după exigențele și problemele prezentului real. Expunînd într-un model unitar patologia psihozelor acute, autorul subliniază că deconstructurarea nu este o caracteristică numai a acestora, ci poate fi întîlnită, într-o formă chiar mai accentuată, asociată unor tulburări durabile ale Eului, în psihozele cronice. Aceste „experiențe” trăite în cadrul deconstructurării conștiinței sînt considerate ca avînd un determinism legat de factorii eredo-genetici, în psihozele periodice, și de factorii toxici sau toxicoinfecțioși în episoadele delirante acute. Substratul organicității este demonstrat mai ales în epilepsie, „care este modelul acestei patologii a conștiinței”. Un alt argument pentru susținerea acestei teorii este cel dat de eficacitatea terapierilor biologice, cu acțiune evidentă asupra substratului neurobiologic al disoluției.

259. DESYPHED^(M) SUA ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat^{sin.} → DESOXO^(M) SUA.

260. DESYREL^(M) SUA — DCI Trazodonă ● Psihotrop timoleptic cu structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorofenil)-1-piperazinil/propil-/s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

261. DETARIL^(M) Italia — DCI Pipradrol ● Psihostimulent de tip α, α -difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

262. DETECTOR DE MINCIUNI (engl. *lies detector*) ● Ansamblu de aparate folosite pentru înregistrarea efectelor fiziologice (modificări de ritm cardiac și respirator, diminuarea rezistenței electrice a pielii, variații de potențial electrocerebral etc.) ale emoțiilor provocate de întrebările țintă, care vizează stabilirea credibilității unor relatări, răspunsuri sau afirmații ale subiectului. Această metodă de stabilire a adevărului, pe baza corelării verbale (la un interogatoriu sau la un experiment asociativ verbal) cu modificările vegetativ-motorii înregistrate grafic, rămîne im-

perfectă datorită particularităților psiho-indivuale, deosebite de la o personalitate la alta. Astfel, unele răspunsuri paradoxale se pot explica prin situația artificială (de experiment) creată, prin folosirea unei aparaturi de înregistrare sofisticată sau prin rezerva și anxietatea individului în fața „interlocutorului—Tester” → ASOCIAȚIE DE IDEI } CREDIBILITATE.

263. DETENSOL^(M) Canada — DCI Propranolol ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

264. DETENȚIE—psihoze (cf. lat. *detentio*) ● Grup neomogen de reacții psihotice, descrise de A. DELBRÜCK (1853) și R. SOMMER (1884), generate de situația de arestare și detenție. În această grupă ar fi cuprinse, după acești autori, și psihozele endogene care debutează în împrejurări similare. Mai fac parte din această categorie sindromul Ganser, pseudodemența Wernicke, stupoarea reactivă, delirul de grajiere.

265. DETERIORARE (cf. fr. *détériorer*; vezi lat. *deterior* „mai rău”) ● Concept operațional desemnând procesul de reducere progresivă a randamentului intelectual, consecutiv atît senescenței normale sau patologice, cît și evoluției unor afecțiuni psihice cronice (evoluție defectuală), caracterizat printr-un deficit dobîndit și ireversibil al diverselor componente ale inteligenței. Se poate vorbi de o deteriorare fiziologică (sau biologică), cu debut — conform cercetărilor recente — după vîrsta de 25—30 de ani, urmînd o curbă în permanent declin, motiv pentru care rezultatele psihometrice vor fi interpretate întotdeauna în funcție de vîrstă. Deteriorarea patologică este dată de diferența dintre performanțele psihometrice și deteriorarea fiziologică. Indicele de deteriorare mentală semnifică un raport între rezultatele obținute la teste aplicate și cele așteptate conform vîrstei, sau cele obținute cu ocazia unei testări anterioare. Indicele de deteriorare psihometrică este grevat de o serie de variabile care, după PERSE, ar putea fi sistematizate astfel: deteriorarea psihometrică cuprinde deteriorarea fiziologică și patologică; deteriorarea patologică se împarte la rîndul ei în deteriorare funcțională și organică; deteriorarea funcțională se exprimă prin hiperemotivitate și dezinter-

teres și, spre deosebire de cea organică, este receptivă la chimioterapie.

În practică sînt utilizate atît teste pentru evaluarea unor factori (matricile progresive Raven sau scala Thurstone), cît și teste pentru aprecierea unor funcții intelectuale (teste de atenție, de memorie, verbale). Cel mai folosit este testul WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), care conține o sumă de probe care permit evaluarea globală a eficienței intelectuale. Scala WAIS ține cont și de un grad de deteriorare fiziologică, exprimat printr-un coeficient de deteriorare corespunzător diferitelor categorii de vîrstă.

Diagnosticul pozitiv al unui proces de deteriorare se bazează pe datele semiologice, cărora le vin în sprijin rezultatele metodelor psihometrice. În practică este necesar ca, pe lîngă studierea strictă a eficienței intelectuale, să se obțină date despre capacitățile mnemice, funcțiile instrumentale (praxice, gnozice, fazice), comportamentul subiectului față de conștientizarea regresiei: ignorare, refuz al recunoașterii, sentiment de devalorizare și depresie, conduită de compensare. Trebuie apreciat atît coeficientul global al scăderilor intelectuale, cît și predominanța pentru o anumită funcție. Important de apreciat este momentul debutului deteriorării, prin semn clinice cum ar fi: reducerea randamentului profesional, bradipsihia, scăderea vocabularului sau teste psihometrice (probe de calcul aritmetic de aptitudini optico-motorii etc.). În acest stadiu, diagnosticul se bazează îndeosebi pe metode psihometrice.

Diagnosticul diferențial se face cu stările de deficit intelectual dobîndite, respectiv cu oligofreniile. Cunoștințele limitate ale celui care nu a putut achiziționa diferă de „ceea ce a mai rămas” la cel care are o slăbire intelectuală. În al doilea rînd, deficitile intelectuale reversibile din stările confuzionale acute diferă de cele de deteriorare, prin capacitatea revenirii intelectuale la stadiul premergător.

Scăderea intelectuală din deteriorare este de nivel mediu, rezervîndu-se termenul de demență pentru nivelul profund. Deteriorarea trebuie diferențiată de scăderile de eficiență din stările de inhibiție de origine afectivă (emotivă, depresivă), de hipobulia personalităților astenice, de stările astenodepresive ale personalităților psihastenice, de bradipsihia din unele boli neurologice. Sub aspect etiologic, scăderea intelectuală poate fi consecința a numeroase afecțiuni: sechele ale unor boli infecțioase, intoxicații (alcoolice cu oxid de carbon), traumatisme craniene, stări defectuale post-procesuale, parafrenie; sindroame demențiale (PGP, tumori, ASC);

demențe prezenile (Pick și Alzheimer); psihoze de involuția persenilă și senilă (inclusiv presbiofrenia). Tratamentul preventiv ar consta în eliminarea factorilor etiologici: infecții, traumatisme etc., în celelalte cazuri el fiind practic inoperant.

Stările actuale vizează două modele terapeutice: de ameliorare a oxigenării cerebrale și de restabilire a unei funcționări normale a celulelor cerebrale atinse de procesul abiotrofic. Tratamentul curativ constă în mijloace psihoterapeutice, de reeducare prin stimularea aptitudinilor intelectuale restante și prin stoparea reacțiilor afective negative și a sentimentelor devalorizante.

În cazul unor acte cu repercusiuni medicolegale, ori de câte ori este cazul, se va stabili gradul de deteriorare a subiectului în corelație directă cu discernământul și responsabilitatea penală → DEFICIT ; DEGRADARE ; INTELIGENȚA.

266. DETERMINANT (cf. lat. *determinare*) ● Factor, variabilă, cauză, relație etc., cu rol hotărâtor în producerea unui eveniment, fenomen, situație, reacție.

Prin factori determinanți în producerea bolilor psihice se invocă mecanismele etiopatogenice de tip traumatic, psihologic, toxic, infecțios, endocrin, vascular ș.a. Deși în producerea unei boli concură totdeauna mai mulți factori-cauză (determinismul plurifactorial), numai unii dintre ei sunt determinați în mod univoc, ceilalți intervenind în ordine secundă ca factori favorizanți pentru instalarea stării morbide.

267. DETERMINARE (fr. *déterminer*; cf. lat. *determinare*) ● Operație, logică opusă generalizării, prin care o noțiune generală, cu sferă cuprinzătoare și conținut sărac, devine specifică, primind note care-i îmbogățesc conținutul, îngustându-i totodată sfera (de exemplu trecerea de la noțiunea de partuler la noțiunea de romb, apoi la noțiunea de pătrat).

Sub aspect filozofic, determinarea denotă înscrierea unei modalități antice într-un cimp existențial particular, ale cărei caracteristici spațio-temporale, structurale și funcționale îi asigură specificitatea, făcând posibilă delimitarea de alte fenomene inrudite în esență.

268. DETERMINARE MULTIPLĂ ^{sin.} → SUPRADETERMINARE.

269. DETERMINISM (fr. *déterminisme*; cf. germ. *determinismus*) ● Teorie a interacțiunii universale, axată pe ideea unei ordini care guvernează cosmosul, astfel încât geneza și

desfășurarea tuturor proceselor și fenomenelor din natură, societate sau viața sufletească a oamenilor se înlanțuie fiind cauzal supuse unor legități obiective.

În opoziție cu această concepție filozofică, indeterminismul postulează ideea unui univers haotic, în care domnește hazardul, în care totul este accidental și, ca atare, imprevizibil, ceea ce legitimează liberul arbitru. Aflându-se în contradicție cu discursivitatea rațiunii, care tinde către ordine și coerență, indeterminismul radical reprezintă o anomalie a spiritului, manifestă în momentele de criză ale gândirii filozofice, când aceasta cunoaște mutații radicale, despărțindu-se printr-o examinare critică de anumite prejudecăți devenite anacronice și fiind abia în stadiul de tatonare a unor noi repere de ordonare a universului teoretic.

Avind o îndelungată tradiție filozofică, determinismul constituie una dintre strategiile posibile prin care spiritul aspiră să instituie un acord între coerența rațională și devenirea fenomenală, perceptibilă prin experiență.

Concepțiile religioase, teist-teologice, postulează desfășurarea implacabilă a tuturor evenimentelor în conformitate cu voința atotputernică a divinității, motivind inexplicabilul prin caracterul limitat și imperfect al gândirii omenești, căreia rațiunea infinită a ființei supreme îi este în mod iremediabil inaccesibilă. Finalismul sau teleologismul, înrudite cu metafizica de inspirație religioasă, concep determinarea obiectivă a fenomenelor ca tendință a acestora spre actualizarea unor scopuri sau stări terminale ale devenirii cosmice, prefigurate dintru începutul firii.

Concepția deterministă este solidară cu postulatele ontologice fundamentale ce stau la baza diferitelor orientări filozofice, exprimând o viziune despre ordinea universală ce concordă cu ierarhia categorică argumentată de sistemul respectiv. Idealismul obiectiv explică înlanțuirea necesară, logică, a proceselor și fenomenelor naturale, sociale sau psihice, instituind un raport de dependență și subordonare a realității empirice față de un nivel ontic de natură ideală, căruia necesitatea logică riguroasă îi este imanentă, regăsindu-se în modalități și forme mediate, ca legitate ordonatoare, în lumea fenomenală. În virtutea postulatelor sale, idealismul subiectiv limitează determinismul la sfera conștiinței, definindu-l ca ordonare de către subiect — în virtutea coerenței sale interioare — a datelor senzorial-perceptive. În felul acesta, cauzalitatea se restrânge la limitele experienței, constituind o determinație nu a realității, ci a subiectului.

Determinismul consecvent este compatibil doar cu materialismul, rafinamentul său teoretic explicativ aflându-se într-o strinsă corelație cu stadiul de dezvoltare și cu preocupările metodologice ale științei. Inițiat în modalități simplificatoare în antichitate de către HERACLIT, DEMOCRIT, EPICUR, LUCRETIUS, determinismul cu suport filozofic materialist progresează spectaculos în epoca modernă (secolele XVII—XVIII).

Dezvoltind fundamentele metodologice ale științelor naturii, GALILEI, BACON, HOBBS, DESCARTES și SPINOZA au expus principiile determinismului, înfruntând polemic finalismul religios și sterilitatea aristotelismului scolastic, secătuit de virtuțile sale originare. Autoritatea fizicii newtoniene consacră, în gândirea epocii, categoriile fundamentale ale concepției deterministe — cauzalitate, legitate, necesitate, ordine evidențiată experimental, explicată și formulată în limbajul riguros al ecuațiilor matematice: fizicalismul indus de această autoritate devine însă, prin absolutizare, mărginit, introducând în gândirea filozofică limite mecaniciste și metafizice. În concepția lui LAPLACE, determinismul (îmbrățișat și de materialistii francezi din secolul al XVIII-lea: LA METTRIE, D'HOLBACH, HELVETIUS) confundă cauzalitatea cu necesitatea, negând caracterul obiectiv al evenimentelor întâmplătoare, ceea ce implică inevitabil o interpretare fatalistă, apropiată de finalism, întrucât evoluția universului este raportată, în toate amănunțele, la momentul primordial al declanșării „mașinăriei” cosmice. Absolutizând previziunea științifică inspirată de „mecanica cerească” a timpului (GALILEI, COPERNIC, KEPLER, NEWTON), determinismul mecanicist reduce legitatea fenomenelor la legile dinamice, neglijând caracterul obiectiv al legilor statistice care acționează în formele mai complexe de organizare a lumii materiale. Progresul spectaculos al științei în secolul al XX-lea (teoria relativității, mecanica ondulatorie și cea cuantică, termodinamica statistică și alte noi direcții de cercetare în fizică, ascensiunea științelor biologice) a scos în evidență limitele determinismului mecanicist, impunând o renunțare programatică la vechile prejudecăți de sorginte laplaceană. Luând drept blazon așa-numitul „principiu de nedeterminare” formulat de către HEISENBERG (care afirmă că nu se pot determina simultan cu precizie atât poziția la un moment determinat, cât și ecuația de mișcare a unei microparticule), o serie de filozofi s-au grăbit să proclame opusul concepției deterministe, atribuind științei contemporane un caracter indeterminist. În realitate, nu este vorba decît de o depășire a mecanicismului

modern, prin fundamentarea unei concepții mai complexe asupra categoriilor deterministe, în acord cu experiența și problematica metodologică a științelor actuale. Dezbaterile din ultimele decenii au scos în evidență valoarea explicativă a materialismului dialectic, confirmînd și dezvoltînd cu noi argumente o serie de principii ale ontologiei marxiste. Axîndu-se pe ideea conexiunii universale, determinismul materialist-dialectic definește interacțiunea drept proprietate obiectivă și fundamentală a tuturor obiectelor și fenomenelor din realitate (natură și societate). În cadrul interacțiunilor se corelează dialectic necesitatea și întîmplarea, cauzele și condiționările. În funcționarea sistemelor complexe acționează în mod obiectiv legile statistice, trecerea de la posibil la real, avînd loc nu cu necesitate absolută, ci în mod probabilist, ca urmare a corelării factorilor întîmplători cu cei necesari, a parametrilor cauzali cu variabile aleatoare. Probabilitatea nu este nici o aproximație impusă de ignoranța provenită din finitudinea intelectului omenesc, nici un simptom prin care se manifestă caracterul haotic al realității, care ar rezista tentativelor de raționalizare ale subiectului, ci o proprietate obiectivă a sistemelor cu evoluție sinuoasă, în care legitățile acționează ca tendințe, suportînd acțiunea factorilor accidentali. În perspectiva materialismului dialectic, predicțiile de tip laplacean, în care probabilitatea este neglijabilă, constituie cazuri privilegiate, de excepție, generală fiind predicția de certitudine relativă, care anticipează cu aproximație — dar obiectiv întemeiată — mersul evenimentelor, avînd un caracter probabilist.

270. DETIPRON^(M) Mexic — DCI *Amfepromonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, efectul anorexigen fiind apropiat fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

271. DETRESĂ INFANTILĂ (cf. fr. *detressa* „dispersare”) ● Termen psihanalitic, care desemnează o stare specifică aflată la originea primei manifestări de anxietate la copilul mic. Nașterea reprezintă pentru acesta o situație traumatizantă, prin trecerea din mediul uterin „cunoscut”, în care se simte în siguranță, într-un mediu nou, necunoscut, la care el trebuie să se adapteze. Copilul trăiește acest moment de separare în mod neplăcut, anxiuos, evidențiat

prin modificări fiziologice ale respirației, ale pulsului, ale presiunii sanguine. În perioada imediat următoare nașterii, copilul mai păstrează unele caracteristici ale vieții intrauterine, cum ar fi motricitatea nediferențiată și necoordonată, posibilitățile perceptive rudimentare etc. El se găsește astfel într-o stare de neajutorare, nefiind capabil să-și satisfacă singur trebuințele fundamentale ca : foamea, setea, căldura etc. Satisfacerea acestora este realizată prin intermediul mamei. Starea de neputință și neajutorare trăită de noul născut este detresa. FREUD consideră această stare ca fiind prototipul anxietății adultului care, aflându-se într-o situație traumatizantă sau care implică un pericol, asociază manifestările fiziologice care se produc în acest moment (creșterea pulsului, a tensiunii arteriale și a ritmului respirator) cu cele produse în momentul imediat următor nașterii și această ipoteză nu se mai bucură de aceeași credibilitate ca la începutul secolului.

272. DETRESĂ PSIHOSOCIALĂ ● Stare de neputință și disperare, trăită de individ într-un context social. În activitatea socială, omul stabilește raporturi cu semenii săi, în cadrul cărora își satisface o serie de trebuințe, aspirații, dorințe, raporturi, și în care se manifestă emoțional și cognitiv. El influențează comportamentul altor oameni și este influențat de aceștia. Raporturile interpersonale pot constitui însă și sursa unor trăiri neplăcute. Stare specială trăită de individ într-o situație traumatizantă în care nu vede sau din care nu există nici o posibilitate de ieșire, detresa psihosocială poate sta la originea unor manifestări anxioase și depresive, de vinovăție sau agresivitate. Odată declanșată o stare emotivă neadaptativă, individul caută să o stăpânească, evitând sursa stării. În cazul în care situația traumatizantă implică anxietatea socială, de exemplu, se pot dezvoltă și alte manifestări patologice, cum ar fi izolarea. Termenul are o utilizare din ce în ce mai restrânsă.

273. DETREX^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamine* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

274. DETUR (fr. *détour* „ocol”) ● Mijloc indirect și perspicace (subterfugiu, tertip), utilizat pentru depășirea unui obstacol în vederea atingerii scopului propus. Implică un anumit nivel de inteligență, fiind direct proporțional cu aceasta, așa încât se poate spune că „inteligenta este obstacolul”. Din nefericire, este destul de

puțin frecvent întâlnit, deși reprezintă o cale de ieșire din impas sau chiar de obținere a succesului.

275. DEUTERANOPIE → DALTONISM.

276. DEUTEROSCOPIE^(B) halucinații (cf. gr. *deuteros* „al doilea” și *skopein* „a privi”) ● Formă a halucinațiilor autoscopice externe (heautoscopice), în care subiectul își percepe dublura ca având o existență materială și executând de regulă aceleași acte și acțiuni ca și subiectul perceptor. Acest fenomen halucinator nu se înscrie complet în definiția halucinației („percepție fără obiect.”) decît în sensul imposibilității existenței unui astfel de obiect.

Psihanaliza a încercat o explicație a acestor fenomene insistînd pe rolul proiecției și narcisismului (RANK), deși FREUD a arătat că imaginea heautoscopică este greu suportată de către subiect, care o consideră „greoaie și rușinoasă”. H. EY afirmă că heautoscopia este „o traversare a oglinzii în care se sparge subiectivitatea pură”. O serie de scriitori au lăsat descrieri remarcabile ale acestui fenomen (D'ANNUNZIO, F. DOSTOIEVSKI, N. HOFFMAN, A. MUSSET, G. de MAUPASSANT, E. A. POE, J. STEINBECK), ale cărui semnificații patologice sînt deseori greu de precizat.

Poate apărea într-o serie de circumstanțe neurologice (sindroamele parietale și occipitale), ca aură epileptică, în stări de suprasolicitare, la personalități psihastenice și în unele psihoze.

277. DEUTEROSCOPIE — sin. **AUTOSCOPIE EXTERNĂ (SOLLIER)** ; **AUTOSCOPIE^(B) halucinație** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **HEAUTOSCOPIE.**

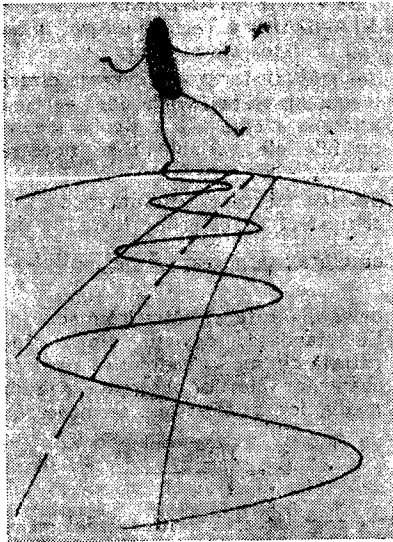
278. DEVENIRE (fr. *devenir*) ● Termen utilizat îndeosebi în context filozofic pentru a denumi transformarea, proprietatea universală a trecerii oricărei realități de la o stare la alta, schimbarea identității calitative, procesualitatea. Este sinonim cu termenii : mișcare, dezvoltare.

Centrală în orice viziune dialectică, idea de devenire a fost sădită în conștiința filozofică prin imaginea „focului”, care se aprinde și se stinge, metamorfoză a cărei semnalare a fost atribuită — ca și celebra maximă „totul curge” — lui HERACLIT.

În filozofia hegeliană, devenirea reprezintă prima sinteză dialectică în care își află „adevărul” concret determinațiile abstracte și, a atare, „neadevărata”, ale existenței și nonexistenței. Orice lucru ființează doar în unitatea dintre existență și nonexistență, deoarece, prin neconținută schimbare, acesta trece de la ceea ce este la altceva ce nu a fost, și fiecare

trecere îl face să nu mai fie ceea ce a fost. Adversar al exceselor raționaliste, incapabile să surprindă, după opinia sa, fiorul viu al schimbării prin care ființa își atribuie, proteic, determinații noi, BERGSON apreciază că devenirea este accesibilă numai intuiției iraționale, deoarece numai aceasta poate sesiza continuitatea procesului de transformare tendențială a lucrurilor, pe care discursivitatea intelectului o transformă într-o succesiune rigidă, mortificată de reprezentări discontinue.

279. **DEVIANȚA** (fr. *déviance*; cf. lat. *deviare* „a se abate de la calea cea dreaptă”)
 ● Concept sociologic, utilizat deseori astăzi în locul termenului de delinvență, pentru a desemna abaterea de la norma comportamentală socială (MERTON, 1961); cind amenință valorile sociale fundamentale, devianța devine infracțiune sau crimă și este sancționată de societate. Devianța reprezintă calitatea unui comportament de a se deosebi în mod semnificativ, marcant, de normalitatea general acceptată, față de medie, față de obișnuit. SELLIN (1938) o definește ca ansamblul comportamentelor îndreptate împotriva normelor de con-



duită sau de ordin instituțional, adică toate formele dezadaptative determinate de impactul individului cu mediul social. Noțiune larg utilizată în sociologie, devianța se referă în esență la nonconformism, la acele comportamente care se abat sau intră în conflict cu standardele sociale sau culturale în cadrul unui

grup sau sistem social. Ele se situează într-o „zonă” de toleranță a unor multiple și variate modele comportamentale care, dacă reușesc să nu vină în contradicție flagrantă cu limitele impuse de instituționalizare și societate în ansamblul, sint admise. Numai cele care depășesc aceste granițe, capătă atributul de „deviant” încălcând normele socialmente recunoscute și acceptate în cadrul societății respective. Utilizat inițial de E. DURKHEIM, la sfârșitul secolului al XIX-lea, termenul de devianță este reluat ulterior de sociologul funcționalist american T. PARSON. În perioada postbelică, conceptul capătă valoare în contextul dezvoltării teoriei „patologiei” și „dezorganizării” sociale. Comportamentul deviant duce firesc la apariția unui răspuns ferm și „violent” din partea societății, care va pune în funcțiune toate normele și mecanismele sale de control social, aplicind sancțiuni ce merg de la reprobare pînă la pedepsele cele mai severe.

Cauzele devianței sint de natură antropologică și sociologică, ea fiind rezultatul interacțiunii dintre personalitate (factorii biologici, psihologici, socioculturali care concură la dezvoltarea individului) și mediul ei de existență (grupul social, familia, societatea, cu particularitățile lor economice, etnice, cultural-educative etc.). Dreptul, criminologia, medicina legală și psihiatria clinică și judiciară studiază implicațiile specifice ale devianței, promovind măsuri juridice și medicale de pedepsire, tratare, profilaxie și recuperare a individului deviant. Comportamentul deviat (aberrant, anormal), cu sau fără componentă antisocială, întîlnit în general la personalitățile dizarmonice, constituie obiectul actului terapeutic psihiatric, și numai la nevoie, în situații speciale, solicită măsuri medicale (stabilite de expertiza medico-legală psihiatrică) sau juridice de siguranță. Devianța în sens clinic psihiatric include de asemenea auto- și heteroagresivitatea (suicidul, homicidul, automutilarea), perversiunile sexuale, impulsunile piromane, cleptomane, mitomane, fugile (impulsive, din stările confuzo-onirice, psihotice, dementiale, din reacțiile psihotice), toxicomaniile, simulările și sinistroza etc. În medicina legală, comportamentul deviant este echivalentul „reacțiilor medico-legale” (DRAGOMIRESCU). Autorul sintetizează nomenclatura abaterilor de la conduita normală astfel:

- comportament deviant (abateri de la normele sociale);
- comportament aberrant (aspecte medico-legale și psihopatologice);
- comportament antisocial sau infracțional (aspectele judiciare ale comportamentului).

Se definește astfel: abaterea întâmplătoare care se datorează unor influențe neordonate, distribuția abaterilor efectuându-se după legea Laplace-Gausse; abaterea medie ce reprezintă media valorilor absolute ale abaterilor dintr-un șir statistic; abaterea pătratică medie (abatere tip). Deviația sau eroarea standard care evaluează dispersia valorilor individuale:

$$\sigma = S = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}$$

în care d = abaterea individuală, n = numărul valorilor din șir.

Se poate vorbi de o abatere patologică și nepatologică de la normalul psihic, limitele demarcării acestor două zone fiind de multe ori sinuoase, imprecise sau inconstante, ca și granițele normalității psihice înseși. Minimum cantitativ al abaterii patologice l-ar constitui gradele ușoare ale întârzierii dezvoltării mințale, iar cel calitativ — structura dizarmonică a personalității. Pentru abaterea nepatologică nu s-ar putea stabili decât un maxim, care vizează în grade variabile structura particulară de personalitate, dar o rezolvă la scara sublimului uman, inteligența creatoare, genialitatea.

282. DEVIC^(B) boală — sin. NEUROMIELITĂ OPTICĂ ● După cei mai mulți autori este o variantă posibilă a sclerozei multiple, în care leziunile sînt limitate doar la măduva spinării și la nervii optici.

283. DEVRYL^(M) Mexic — DCI *Clomacran* ● Timoleptic, derivat acridinic de tip 2-clor-9-β-(dimetilamino)propil/acridan, cu acțiune antidepressivă modestă, dar marcate efecte sedativ-hipnotice. Nu se asociază cu IMAO.

284. DEWEY John (1859—1952) ● Filozof de factură idealist-subiectivă (și-a intitulat doctrina sa „instrumentalism”), psiholog „funcționalist” și pedagog american, care a desfășurat o intensă activitate în domeniul psihologiei școlare, fondind o școală experimentală (The University Elementary School) pe lângă Universitatea din Chicago, unde a aplicat teoriile formulate în studiile sale. Astfel, în focul climatului autoritar tradițional din școli, el introduce angajarea liberă și mai democratică. Dintre lucrările mai importante ale lui J. DEWEY sînt de amintit: „Școala și copilul”, „Principiile psihologice”, „Democrație și educație”, „Expertiză și educație”, „Caracterul și comportamentul uman”.

285. DEXAMED^(M) Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină — amină simpati-

comimetică; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

286. DEXAMETAZONĂ^(T) test ● Testul frenator la dexametazonă (Dexametazona Suppression Test — TSD); face parte din testele biologice utilizate în evaluarea aspectelor cantitative și calitative ale depresiei, ca și în selectarea și aprecierea medicației antidepressive. El evaluează anomaliile care apar în funcționarea axului sistemului limbic-hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal (DEMISHI, 1983) în special cele legate de cortizolemie. Majoritatea autorilor recunosc că anormalitatea testului constituie un marker biologic cu mare specificitate în cazul depresiilor endogene, fără ca valorile normale să fie un criteriu de excludere. Sensibilitatea testului este apreciată la 40—50%, iar specificitatea este de 96% (LÖÖ). Fidelitatea diagnosticului este de peste 90%. Testul a fost standardizat de CARROLL și constă în administrarea unui gram de dexametazonă la ora 23 și măsurarea cortizolemiei în ziua următoare, la orele 16 și 23 (sau numai ora 16 în cazul explorărilor ambulatorii). Valorile cortizolemiei peste 5μg/100 ml la una din cele două dozări indică lipsa de răspuns la activitatea frenatorie a dexametazonei, deci pozitivitatea testului. Autorul testului a atras atenția asupra necesității ca fiecare laborator să-și elaboreze criteriile proprii de apreciere a pozitivității. Semnificația acestui rezultat în prezența unui sindrom depresiv se referă la următoarele aspecte:

- în plan diagnostic, confirmă natura „endogenă” a depresiei și poate aduce clarificări în depresiile atipice, în pseudo-demențele depresive sau în oscilațiile timice ale dizarmonicilor distimici. JAF-FEN, BARSHAW și KENNEDY subliniază precizia destul de mare în indicarea unei depresii melancolice (1983), dar și faptul că normalitatea testului nu exclude prezența unei astfel de tulburări;
- în plan terapeutic orientează obținerea spre triciclice, imipramină și desipramină (GOLD, 1980) și/sau electroșoc, permițînd totodată urmărirea tratamentului. Există un consens asupra faptului că normalizarea testului este egală cu o remisie de lungă durată. Ameliorarea stării clinice cu persistența unui TSD pozitiv indică posibilitatea apariției unei recăderi rapide. Valoarea predictivă a testului în tratament a fost subliniată recent de GARDEN, COLSBOER-FRASER, BERGE (1985). Alți autori insistă asupra faptului că testul la dexametazonă este un test

Se definește astfel: abaterea întâmplătoare care se datorează unor influențe neordonate, distribuția abaterilor efectuându-se după legea Laplace-Gausse; abaterea medie ce reprezintă media valorilor absolute ale abaterilor dintr-un șir statistic; abaterea pătratică medie (abatere tip). Deviația sau eroarea standard care evaluează dispersia valorilor individuale:

$$\sigma = S = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}$$

în care d = abaterea individuală, n = numărul valorilor din șir.

Se poate vorbi de o abatere patologică și nepatologică de la normalul psihic, limitele demarcării acestor două zone fiind de multe ori sinuoase, imprecise sau inconstante, ca și granițele normalității psihice înseși. Minimum cantitativ al abaterii patologice l-ar constitui gradele ușoare ale întârzierii dezvoltării mintale, iar cel calitativ — structura dizarmonică a personalității. Pentru abaterea nepatologică nu s-ar putea stabili decît un maxim, care vizează în grade variabile structura particulară de personalitate, dar o rezolvă la scară sublimului uman, inteligența creatoare, genialitatea.

282. DEVIC^(B) boală — sin. NEUROMIELITĂ OPTICĂ ● După cei mai mulți autori este o variantă posibilă a sclerozei multiple, în care leziunile sînt limitate doar la măduva spinării și la nervii optici.

283. DEVRYL^(M) Mexic — DCI *Clomacran* ● Timoleptic, derivat acridanic de tip 2-clor-9-/3-(dimetilamino)propil/acridan, cu acțiune antidepressivă modestă, dar marcate efecte sedative-hipnotice. Nu se asociază cu IMAO.

284. DEWEY John (1859—1952) ● Filozof de factură idealist-subiectivă (și-a intitulat doctrina sa „instrumentalism”), psiholog „funcționalist” și pedagog american, care a desfășurat o intensă activitate în domeniul psihologiei școlare, fondind o școală experimentală (The University Elementary School) pe lângă Universitatea din Chicago, unde a aplicat teoriile formulate în studiile sale. Astfel, în locul climatului autoritar tradițional din școli, el introduce angajarea liberă și mai democratică. Dintre lucrările mai importante ale lui J. DEWEY sînt de amintit: „Școala și copilul”, „Principiile psihologice”, „Democrație și educație”, „Expertiză și educație”, „Caracterul și comportamentul uman”

285. DEXAMED^(M) Anglia — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină — amină simpat-

comimetică; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

286. DEXAMETAZONĂ^(T) test ● Testul frenator la dexametazonă (Dexametazonă Suppression Test — TSD); face parte din testele biologice utilizate în evaluarea aspectelor cantitative și calitative ale depresiei, ca și în selectarea și aprecierea medicației antidepressive. El evaluează anomalii care apar în funcționarea axului sistemului limbic-hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal (DEMISHI, 1983) în special cele legate de cortizolemie. Majoritatea autorilor recunosc că anormalitatea testului constituie un marker biologic cu mare specificitate în cazul depresiei endogene, fără ca valorile normale să fie un criteriu de excludere. Sensibilitatea testului este apreciată la 40—50%; iar specificitatea este de 96% (LÖÖ). Fidelitatea diagnosticului este de peste 90%. Testul a fost standardizat de CARROLL și constă în administrarea unui gram de dexametazonă la ora 23 și măsurarea cortizolemiei în ziua următoare, la orele 16 și 23 (sau numai ora 16 în cazul explorărilor ambulatorii). Valorile cortizolemiei peste 5 μ g/100 ml la una din cele două dozări indică lipsa de răspuns la activitatea frenatorie a dexametazonei, deci pozitivitatea testului. Autorul testului a atras atenția asupra necesității ca fiecare laborator să-și elaboreze criteriile proprii de apreciere a pozitivității. Semnificația acestui rezultat în prezența unui sindrom depresiv se referă la următoarele aspecte:

- în plan diagnostic, confirmă natura „endogenă” a depresiei și poate aduce clarificări în depresii atipice, în pseudo-demențele depresive sau în oscilațiile timice ale dizarmonicilor distimici. JAFFEN, BARSHAW și KENNEDY subliniază precizia destul de mare în indicarea unei depresii melancolice (1983), dar și faptul că normalitatea testului nu exclude prezența unei astfel de tulburări;
- în plan terapeutic orientează obținerea spre triciclice, imipramină și desipramină (GOLD, 1980) și/sau electroșoc, permițînd totodată urmărirea tratamentului. Există un consens asupra faptului că normalizarea testului este egală cu o remisie de lungă durată. Ameliorarea stării clinice cu persistența unui TSD pozitiv indică posibilitatea apariției unei recăderi rapide. Valoarea predictivă a testului în tratament a fost subliniată recent de GARDEN, COLSBOER-FRASER, BERGE (1985). Alți autori insistă asupra faptului că testul la dexametazonă este un test

MEPHADEXAMIN-R ^(M)	Elveția
NILOX ^(M)	Franța
OBESONIL ^(M)	S.U.A.
PELLCAPS ^(M)	S.U.A.
PHETADEX ^(M)	Australia
POMADEX ^(M)	Anglia
PROPTAN ^(M)	Olanda
ROBESE ^(M)	S.U.A.
SIMPAMINA D ^(M)	Italia
STIL-2 ^(M)	Spania
SYNATAN ^(M)	Spania
TYDEX ^(M)	S.U.A.

288. DEXOVAL^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

289. DEXTRAFOBIE^(P) (cf. lat. *dexter* „din partea dreaptă”; *phobos* „frică”) — sin. DEXTROFOBIE^(P) ● Teamă intensă patologică, nemotivată, manifestată față de orice obiect amplasat în dreapta subiectului, care reprezintă un reper variabil, după poziția în spațiu a subiectului însuși. Se întâlnește în nevroze obsesivo-fobice, isterie, schizofrenie și la personalitățile psihastenice. Este opusă LEVOFOBIE^(P).

290. DEZAGREGARE PSIHICĂ (cf. fr. *désagrégér*; vezi lat. *aggregare* „a stringe la un loc, a uni”) ● Termen lipsit de specificitate, fiind corespondent, în sens restrins, disociației, iar în sens larg, disoluției jacksoniene. Prin primul sens, P. JANET (creatorul termenului) înțelegea dezagregarea ca o incapacitate de sinteză, de a reuni într-o singură percepție și într-o singură conștiință personală fenomenele psihice elementare. Cel de-al doilea sens, cu care termenul este folosit și de curentele nejacksoniene, este acela al fărâmițării ansamblului psihic, al prăbușirii lente și gradate a structurii sale organizate, de la superior către inferior. Acest proces se reflectă în comportamentul adaptativ, care se reduce progresiv către un nivel funcțional elementar.

Primul sens al termenului, cel restrins, are o mai netă semnificație conotativă, legată de aspectul calitativ și de realizarea independentă a funcțiilor psihice; cel de-al doilea traduce aspecte de reducere cantitativă.

Termenul de dezagregare este folosit pentru caracterizarea globală a modificărilor care rămin în psihoze după consumarea fazei acute și a stărilor deteriorative.

291. DEXTERITATE (cf. lat. *dexteritas* „abilitate, dibăcie”) — ^{sin.} → DIBĂCIE; INGENIOZITATE; ISCUSINȚĂ; ÎNDEMÂNARE → ^{sin.} ABILITATE.

292. DEZ- (cf. lat. *dis*) ● Element de compunere cu sens privativ.

293. DEZANGAJARE (*dez-*; *angajare*: fr. *engager*) ● Modificare, la nivel de atitudine și de acțiune, a participării afective și motivaționale a unui subiect într-o relație sau într-o activitate. Dacă această atitudine poate fi motivată și voluntară în anumite circumstanțe psihologice (fiind reflexul stingerii sau anihilării motivelor, intereselor, aspirațiilor care orientaseră și mobilizaseră anterior individul), ea poate fi și expresia unor circumstanțe patologice. Astfel, dezangajarea depresivului este legată de incapacitatea acestuia de a face proiecții în viitor, ca și de prăbușirea nivelului timic. Absența unui tonus suficient, prezența depresiei, distrofiei sau ambivalenței și a marilor tulburări voliționale (abulie, disabulie sau parabolie) fac din dezangajarea schizofrenului un eveniment cvasiconstant. În acest context, dezangajarea reprezintă un indice de prognostic negativ al acestei afecțiuni, conducând la izolarea și desocializarea subiectului.

O altă modalitate de manifestare a dezangajării o reprezintă atitudinea pe care o adoptă personalitatea structurată dizarmonic odată cu apariția unor beneficii secundare rezultate din boală.

Demisionind din condiția sa axiologică, subiectul demobilizează resursele sale voliționale, instalându-se într-un rol social inferior și într-un statut pentru care se supramotivează. Această disociație motivațională și absența dorinței de reintegrare socio-profesională, uneori și familială, pot fi considerate un tip evolutiv defavorabil, nu sub aspectul prognosticului medical, ci sub cel social. Toxicomanii suferă un fenomen asemănător, care se desfășoară însă cu evoluție mai rapidă și cu interferențe majore psihiatrice.

În cazul nevroticilor, se poate înregistra fenomenul de dezangajare cu caracter remitent sau permanent, ca o consecință a absenței sentimentelor de „plenitudine, de reușită, de împlinire prin coincidență între plan și acțiune” (PAMFIL și OGODESCU), precum și a repelierii spre propria suferință personală. Autorii anterior citați arată că decăderea persoanei nevrotice poate merge de la ineficiență și demisie socială pînă la sistarea activității. Dezvoltările nevrotice care însoțesc suferințele somatice cronice, în special pe

MEPHADEXAMIN-R ^(M)	Elveția
NILOX ^(M)	Franța
OBESONIL ^(M)	S.U.A.
PELLCAPS ^(M)	S.U.A.
PHETADEX ^(M)	Australia
POMADEX ^(M)	Anglia
FROPTAN ^(M)	Olanda
ROBESE ^(M)	S.U.A.
SIMPAMINA D ^(M)	Italia
STIL-2 ^(M)	Spania
SYNATAN ^(M)	Spania
TYDEX ^(M)	S.U.A.

288. DEXOVAL^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

289. DEXTRAFOBIE^(F) (cf. lat. *dexter* „din partea dreaptă”; *phobos* „frică”) — sin. DEXTROFOBIE^(F) ● Teamă intensă patologică, nemotivată, manifestată față de orice obiect amplasat în dreapta subiectului, care reprezintă un reper variabil, după poziția în spațiu a subiectului însuși. Se întâlnește în nevroze obsesivo-fobice, isterie, schizofrenie și la personalitățile psihastenice. Este opusă LEVOFOBIEI^(F).

290. DEZAGREGARE PSIHICĂ (cf. fr. *désagrèger* : vezi lat. *aggregare* „a stringe la un loc, a uni”) ● Termen lipsit de specificitate, fiind corespondent, în sens restrîns, disociației, iar în sens larg, disoluției jacksoniene. Prin primul sens, P. JANET (creatorul termenului) înțelegea dezăgregarea ca o incapacitate de sinteză, de a reuni într-o singură percepție și într-o singură conștiință personală fenomenele psihice elementare. Cel de-al doilea sens, cu care termenul este folosit și de curentele nejacksoniene, este acela al fărâmițării ansamblului psihic, al prăbușirii lente și gradate a structurii sale organizate, de la superior către inferior. Acest proces se reflectă în comportamentul adaptativ, care se reduce progresiv către un nivel funcțional elementar.

Primul sens al termenului, cel restrîns, are o mai netă semnificație conotativă, legată de aspectul calitativ și de realizarea independentă a funcțiilor psihice ; cel de-al doilea traduce aspecte de reducere cantitativă.

Termenul de dezăgregare este folosit pentru caracterizarea globală a modificărilor care rămîn în psihoze după consumarea fazei acute și a stărilor deteriorative.

291. DEXTERITATE (cf. lat. *dexteritas* sin. „abilitate, dibăcie”) — → DIBĂCIE ; ÎNGENIOZITATE ; ÎSCUSINȚĂ ; ÎNDEMÎNARE^{sin.} → ABILITATE.

292. DEZ- (cf. lat. *dis*) ● Element de compunere cu sens privativ.

293. DEZANGAJARE (*dez-* ; *angajare* : fr. *engager*) ● Modificare, la nivel de atitudine și de acțiune, a participării afective și motivaționale a unui subiect într-o relație sau într-o activitate. Dacă această atitudine poate fi motivată și voluntară în anumite circumstanțe psihologice (fiind reflexul stingerii sau anihilării motivelor, intereselor, aspirațiilor care orientaseră și mobilizaseră anterior individul), ea poate fi și expresia unor circumstanțe patologice. Astfel, dezangajarea depresivului este legată de incapacitatea acestuia de a face proiecții în viitor, ca și de prăbușirea nivelului timic. Absența unui tonus suficient, prezența depresiei, distrofiei sau ambivalenței și a marilor tulburări voliționale (abulie, disabulie sau parabulie) fac din dezangajarea schizofrenului un eveniment cvasiconstant. În acest context, dezangajarea reprezintă un indice de prognostic negativ al acestei afecțiuni, conducînd la izolarea și desocializarea subiectului.

O altă modalitate de manifestare a dezangajării o reprezintă atitudinea pe care o adoptă personalitatea structurată dizarmonic odată cu apariția unor beneficii secundare rezultate din boală.

Demisionînd din condiția sa axiologică, subiectul demobilizează resursele sale voliționale, instalîndu-se într-un rol social inferior și într-un statut pentru care se supramotivează. Această disociație motivațională și absența dorinței de reintegrare socio-profesională, uneori și familială, pot fi considerate un tip evolutiv defavorabil, nu sub aspectul prognosticului medical, ci sub cel social. Toxicomanii suferă un fenomen asemănător, care se desfășoară însă cu evoluție mai rapidă și cu interferențe majore psihiatrice.

În cazul nevroticilor, se poate înregistra fenomenul de dezangajare cu caracter remitent sau permanent, ca o consecință a absenței sentimentelor de „plenitudine, de reușită, de împlinire prin coincidență între plan și acțiune” (PAMFIL și OGODESCU), precum și a replierii spre propria suferință personală. Autorii anterior citați arată că decăderea persoanei nevrotice poate merge de la ineficiență și demisie socială pînă la sistarea activității. Dezvoltările nevrotice care însoțesc suferințele somatice cronice, în special pe

comportamentale și constă în elabcrarea și înțărirea unui reflex condiționat negativ față de un comportament, rolul lui fiind acela de a determina diminuarea aceluși comportament ca frecvență și intensitate. Se aplică în tratamentul unor toxicomanii, deviații sexuale, nevroze motorii, dar în special în etilismul cronic. Se urmărește obținerea reflexului condiționat negativ la ingestia de alcool. Bolnavului i se administrează o anumită substanță după care consumul de alcool provoacă o stare generală proastă, cu greață și vărsături violente și fenomene vegetative intense: eritem, valuri de căldură, transpirații, chiar lipotimii. Repetarea probelor de aversiune are rolul de a determina apariția dezgustului și a fenomenelor reuivegetative la simpla vedere sau la mirosul de alcool. Dintre substanțele care pot fi utilizate pentru a induce aversiunea față de alcool se citează clorhidratul de apomorfina, cărbunele animal, rodatul de potasiu, disulfiramul, metronidazolul.

297. DEZINHIBITORI (dez-; inhiba: cf. lat. *inhibere* „a reține, a opri, a împiedica”) ● Substanțe psihotrope care au proprietatea de a produce dezinhibiția sferei afectiv-volitională. În această categorie intră substanțele care pot produce efectul cathartic din subnarcoza barbiturică, la acestea adăugându-se, după 1961, o parte din neuroleptice, cu acțiune asupra „atimiei-apatiei” (PICHOT). Acest efect dezinhibitor al neurolepticelor constă în ameliorarea contactului și reintercarea la relațiile cu ceilalți, reluarea inițiativei proiectelor, reparația vivacității și certiruității mișcării, animarea fizicrmeiei (AUBRÉE, ECULENGER, CHEVALIER și PLAS). Alți zutcri neagă faptul că ar exista un efect dezinhibitor specific, legindu-l de o ameliorare globală a stării subiectului, diversele produse neuroleptice avînd în clinică efecte echivalente în ansamblu (MAY, LEHMANN, CCHLE, PLATZ, KLETT) și chiar un mecanism comun de acțiune.

VAN PUTTEN, PRIEN, DELAY și DENKER arată că există un paralelism între efectele dezinhibitorii și sindromul hiperkinetic neuroleptic. Apariția bislepticelor, care au, după majoritatea autorilor, un efect dezinhibitor mai marcat, ar pleda în favoarea unei specificități de acțiune dezinhibitorie, chiar dacă acest concept nu este pe deplin lămurit.

298. DEZINTERES (dez-; interes: cf. lat. *interest* „interesează, privește”) ● Lipsa unei motivații (a interesului) în relația dintre subiect și obiecte materiale, sociale sau spiri-

tuale din mediul înconjurător. Se manifestă prin scăderea rezonanței emoționale, a curiozității și a mobilității psihomotorii față de un anumit obiect, persoană, relație sau față de tot ceea ce-l înconjoară. Are drept cauză o diminuare a motivației sau faptul că obiectul care a avut caracterul de „interesant” nu mai are calități capabile să satisfacă motivațiile respective. Pendularea între interes-dezinteres este mai rapidă și considerată în limitele normalului la copii.

Maturizarea presupune modelarea acestei oscilații în funcție de mediul social din care face parte individul. Societatea contemporană, mai mult ca oricare altă epocă istorică anterioară, are o dinamică vie și presupune o adaptare suplă și adecvată a componentelor psihologice marcate prin oscilația între interes-dezinteres în cazul fiecărui individ. Personalitățile dizarmonice instabile și cele hipertime au însă o dinamică mai mare decît normalul în ceea ce privește această oscilație, cuprinzînd toate sferile personalității. Dezinteresul se generalizează, cu dispariția aproape a oricărui interes, în cazul depresiilor melancolice, al schizofreniilor și, într-o măsură mai mică, al personalităților dizarmonice de tip schizoid.

299. DEZINTOXICARE (dez-; intoxica: cf. gr. *toxikon* „citravă”) ● Complex de metode terapeutice care se referă, în general în medicină, la îndepărtarea unui toxic pătruns în organism (accidental, voluntar, profesional, în scop criminal) și neutralizarea sa. Măsurile de dezintoxicare, care au tangență cu sfera psihiatriei, se impun în situația intoxicațiilor acute voluntare (medicamente — mai ales psihotrope, substanțe caustice, fungicide etc.) și în cadrul toxicomaniilor, cel mai frecvent alcoolismul. Dacă prima ipostază este de competența spitalului clinic de urgență, cea de a doua revine în sarcina serviciilor de psihiatrie — unități cu pături, dotate cu aparatură și medicamente necesare măsurilor de terapie intensivă. Amploarea demersurilor psihoterapeutice și biologice care se aplică alcoolismului cronic a făcut să se vorbească de „cura de dezintoxicare”, în sensul corectării tulburărilor metabolice apărute în cursul perioadei de sevraj și deci al anihilării efectelor toxice ale alcoolului. În vederea sporirii eficienței terapeutice, cura de dezintoxicare propriu-zisă va fi urmată de cura de dezgust (metodă de provocare a intoleranței condiționate la băuturi alcoolice) și de ceea ce se numește terapie de postcură.

Apare evidentă de la început necesitatea absolută a unei bune relații psihoterapeutice între bolnav și medic, în care cooperarea

comportamentale și constă în elaborarea și înțărirea unui reflex condiționat negativ față de un comportament, rolul lui fiind acela de a determina diminuarea aceluși comportament ca frecvență și intensitate. Se aplică în tratamentul unor toxicomanii, deviații sexuale, nevroze motorii, dar în special în etilismul cronic. Se urmărește obținerea reflexului condiționat negativ la ingestia de alcool. Bolnavului i se administrează o anumită substanță după care consumul de alcool provoacă o stare generală proastă, cu greață și vărsături violente și fenomene vegetative intense: eritem, valuri de căldură, transpirații, chiar lipotimii. Repetarea prcăbelor de aversiune are rolul de a determina apariția dezgustului și a fenomenelor neurovegetative la simpla vedere sau la mirosul de alcool. Dintre substanțele care pot fi utilizate pentru a induce aversiunea față de alcool se citează clorhidratul de apomorfina, cărbunele animal, rodanatul de potasiu, disulfiramul, metronidazolul.

297. DEZINHIBITORI (dez-; inhiba: cf. lat. *inhibere* „a reține, a opri, a împiedica”) ● Substanțe psihotrope care au proprietatea de a produce dezinhibiția sferei afectiv-voliționale. În această categorie intră substanțele care pot produce efectul cathartic din subnarcoza barbiturică, la acestea adăugându-se, după 1961, o parte din neuroleptice, cu acțiune asupra „atimiei-apatiei” (PICHOT). Acest efect dezinhibitor al neurolepticelor constă în ameliorarea contactului și reintercarea la relațiile cu ceilalți, reluarea inițiativei proiectelor, reparația vivacității și conștientizării mișcării, animarea fizicrmeii (AUBÉPÉE, ECULENGER, CHEVALIER și PLAS). Alți autori neagă faptul că ar exista un efect dezinhibitor specific, legându-l de o ameliorare globală a stării subiectului, diversele produse neuroleptice având în clinică efecte echivalente în ansamblu (MAY, LEHMANN, CCHLE, PLATZ, KLETT) și chiar un mecanism comun de acțiune.

VAN PUTTEN, PRIEN, DELAY și DENIKER arată că există un paralelism între efectele dezinhibitorii și sindromul hiperkinetic neuroleptic. Apariția bislepticelor, care au, după majoritatea autorilor, un efect dezinhibitor mai marcat, ar plede în favoarea unei specificități de acțiune dezinhibitorie, chiar dacă acest concept nu este pe deplin lămurit.

298. DEZINTERES (dez-; interes: cf. lat. *interest* „interesează, privește”) ● Lipsa unei motivații (a interesului) în relația dintre subiect și obiecte materiale, sociale sau spiri-

tuale din mediul înconjurător. Se manifestă prin scăderea rezonanței emoționale, a curiozității și a mobilității psihomotorii față de un anumit obiect, persoană, relație sau față de tot ceea ce-l înconjoară. Are drept cauză o diminuare a motivației sau faptul că obiectul care a avut caracterul de „interesant” nu mai are calități capabile să satisfacă motivațiile respective. Pendularea între interes-dezinteres este mai rapidă și considerată în limitele normalului la copii.

Maturizarea presupune modelarea acestei oscilații în funcție de mediul social din care face parte individul. Societatea contemporană, mai mult ca oricare altă epocă istorică anterioară, are o dinamică vie și presupune o adaptare suplă și adecvată a componentelor psihologice marcate prin oscilația între interes-dezinteres în cazul fiecărui individ. Personalitățile dizarmonice instabile și cele hipertime au însă o dinamică mai mare decât normalul în ceea ce privește această oscilație, cuprinzând toate sferile personalității. Dezinteresul se generalizează, cu dispariția aproape a oricărui interes, în cazul depresiiilor melancolice, al schizofreniilor și, într-o măsură mai mică, al personalităților dizarmonice de tip schizoid.

299. DEZINTOXICARE (dez-; intoxica: cf. gr. *toxikon* „otrăv”) ● Complex de metode terapeutice care se referă, în general în medicină, la îndepărtarea unui toxic pătruns în organism (accidental, voluntar, profesional, în scop criminal) și neutralizarea sa. Măsurile de dezintoxicare, care au tangență cu sfera psihiatriei, se impun în situația intoxicațiilor acute voluntare (medicamente — mai ales psihotrope, substanțe caustice, fungicide etc.) și în cadrul toxicomaniilor, cel mai frecvent alcoolismul. Dacă prima ipostază este de competența spitalului clinic de urgență, cea de-a doua revine în sarcina serviciilor de psihiatrie — unități cu paturi, dotate cu aparatură și medicamente necesare măsurilor de terapie intensivă. Amploarea demersurilor psihoterapeutice și biologice care se aplică alcoolismului cronic a făcut să se vorbească de „cura de dezintoxicare”, în sensul corectării tulburărilor metabolice apărute în cursul perioadei de sevraj și deci al anihilării efectelor toxice ale alcoolului. În vederea sporirii eficienței terapeutice, cura de dezintoxicare propriu-zisă va fi urmată de cura de dezgust (metodă de provocare a intoleranței condiționate la băuturi alcoolice) și de ceea ce se numește terapie de postcură.

Apare evidentă de la început necesitatea absolută a unei bune relații psihoterapeutice între bolnav și medic, în care cooperarea

primului reprezintă condiția de bază a reușitei întregului complex terapeutic destinat alcoolicii cronici: Concomitent cu tratamentul sevrajului (abstinența absolută, sedative, tranșilizante, neuroleptice de tipul clorpromazinei, hipnotice și ortotimizante), al complicațiilor hepatice (regim igienico-dietetic, hidrolizate hepatice, steroizi anabolizanți), cardiovasculară (cardiofonice, reglatoare ale vasomotricității) și de la nivelul sistemului nervos periferic (vitamine din grupa B, vitamina C și PP, stricnină subcutan în doze progresive), înlăturarea efectelor toxice ale alcoolului și metabolizilor săi va consta din administrarea masivă de vitamină B₁, vitamina B₆, vitamina B₁₂, vitamina PP.

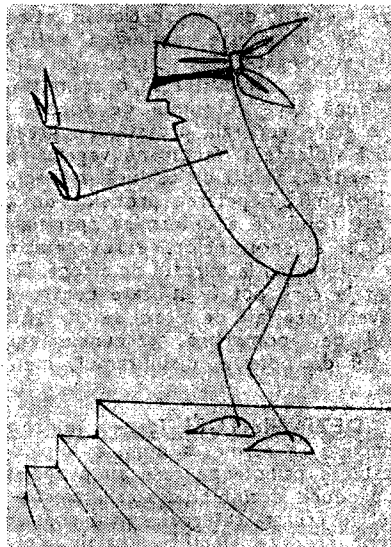
Aceste măsuri au drept scop corectarea importantelor carențe metabolice și reinstalarea unui echilibru hidroelectrolitic și vitaminic, care să permită trecerea la aplicarea curei de dezgust, de intoleranță sau de sensibilizare la alcool.

300. DEZINTRICARE(A) PULSIUNILOR → INTRICARE/DEZINTRICARE.

301. DEZINVESTIRE (dez-; cf. lat. *investire* „a îmbrăca”) ● Termen aparținând punctului de vedere economic al teoriei psihanalitice, semnificând retragerea energiei psihice investite într-o reprezentare, un obiect etc. Reprezintă substratul economic al refuzării. Reprezentările înainte admise în sistemul preconștient-conștient par a fi legate prin lanțuri asociative de pulsionea refuțată, fiind dezinvestite. Energia disponibilă este contrainvestită în formațiuni defensive (→ CONTRAINVESTITE; INVESTIȚIE; SUPRAINVESTIȚIE). Fenomenul este întâlnit în narcisism, unele dispersii, schizofrenie.

302. DEZORIENTARE (cf. fr. *désorienter*) ● Simptom psihopatologic caracterizat prin pierderea capacității individului de a-și reprezenta situația în timp (dezorienteare temporală) sau în spațiu (dezorienteare spațială), de identificare a propriei persoane și a propriei scheme corporale (dezorienteare autopsihică) sau identificare a celorlalți (dezorienteare alopsihică). Acest simptom apare la deficienți mintali (oligofreni) și demenți sau însoțește, ca urmare firească, tulburările amnestice anteroretrograde din sindromul Korsakov, unde apare ca „fragmentare a infrastructurii temporo-spațiale a personalității” (A. GUES) Se întâlnește în presbiofrenie unde, printr-o telescoperare a amintirilor, subiectul trăiește ca actual un moment, o perioadă trecută a existenței sale (delir ecmnestic). Mai apare ca un corolar al delirului și depersonalizării.

Spre deosebire de delirantul (de obicei, paranoid), care ia familiarul drept nefamiliar și se crede într-un loc și în situații străine, confuzivul ia nonfamiliarul drept familiar. Dezorientearea spațială poate fi un semn diagnostic



pentru leziuni parieto-occipitale prin confuzie dreapta-stinga, agnozii electivă cu tulburări de schemă corporală, acalculie spațială (în cadrul sindromului Gertsman, subiectul nu mai cunoaște locul cifrelor); bătrînul confuz vagabondează neintenționat pentru că și-a pierdut simțul de orientare, iar în spital nu-și mai recunoaște patul etc. Agnozia spațială se referă la o tulburare a percepției spațiale (frecvent limitată la un hemicîmp), cu pierdere absolută sau relativă a posibilității de localizare a obiectelor, de comparare a dimensiunilor și pierdere a viziunii stereoscopice. Uneori dezorientarea temporo-spațială este mai discretă, necesitînd întrebări suplimentare pentru a o depista (referitoare la date, planul locuinței proprii, al cartierului în care locuiește sau povestirea unor succesiuni de evenimente). Analiza și interpretarea acestui simptom evidențiază nu numai tulburarea aspectului concret de măsurare a timpului cronologic și a spațiului obiectiv, ci și o tulburare a „timpului și spațiului trăit” (H. EY), a derulării timpului și a reprezentării spațiale a experiențelor psihice. H. EY consideră că semiologia timpului și spațiului trăit trebuie alăturată semiologiei afectivității elaborate a sentimentelor (de regret, nostalgie, plictiseală sau nevoie de singurătate), fiind o dimensiune

a psihopatologiei morbide de influență, de ecou al gândirii, de furt al gândirii etc.

303. **DEZUMANIZARE** (dez-; fr. *humaniser*: cf. lat. *humanus* „omenesc”) — sin. ANIMALIZARE → ABRUTIZARE.

304. **DEZVOLTARE** ● Proces de transformare, progresivă și continuă, de la inferior la superior, avînd drept etapă finală obținerea stării de funcționalitate optimă a organismului sau maturitatea. Deși dezvoltarea este un proces continuu, nu înseamnă că este și liniar. După BOGDAN și STĂNCULESCU (1970), pe parcursul dezvoltării au loc importante modificări calitative, în cadrul cărora vechile tipuri de comportament, fără să dispară complet, se transformă și se restructurează în așa fel, încît fac posibilă apariția unor noi forme comportamentale. Dezvoltarea este influențată de doi factori principali: ereditatea și mediul. Fiecare dintre acești factori exercită o acțiune specifică. Prin ereditate se transmit de la ascendenți la descendenți mai ales unele caracteristici somatice, dar, într-o anumită proporție, și anumite particularități temperamentale. De asemenea, în legătură cu ereditatea sînt puse și predispozițiile naturale, fără însă ca acestea să constituie un dat fix și imuabil, fiind în mare măsură influențate de mediu. Acesta, la rîndul lui, influențează dezvoltarea pe de o parte prin interacțiunea socială determinată de legăturile dintre copil și membrii familiei sale (sau alte persoane mai mult sau mai puțin apropiate), iar pe de altă parte, prin mijloace de transmitere a unor informații ca: radio, presă, televizor. Copilul își dezvoltă anumite forme de comportament prin observarea și imitarea persoanelor din grupul său, dar și prin intermediul unor influențe culturale: tradiții, opere artistice sau științifice. Acțiunea specifică a eredității sau mediului asupra dezvoltării este depășită însă de influența exercitată de interacțiunea dintre ele. Interacțiunea ereditate-mediul determină fundamental dezvoltarea umană. Ea este cel mai bine ilustrată de studiile și experimentele făcute pe gemeni. Aceste studii au constatat că indivizi cu o zestre ereditară identică dar crescuți în medii social-culturale diferite se diferențiază clar în privința trăsăturilor de personalitate. Problema dezvoltării a fost studiată din numeroase puncte de vedere, fără să se ajungă la un consens unanim.

Dacă în primele decenii ale secolului s-a bucurat de un larg interes teoria dezvoltării psihosexuale elaborată de FREUD, cu mult discutatele ei etape, astăzi ea însăși nu mai este privită decît ca o etapă în drumul neîn-

trerupt spre cunoaștere. Studiilor asupra dezvoltării, cu multă poezie și puțină precizie, li se opun standardele pragmatice bine verificate, în care orice intirziere poate fi indicatorul unui handicap mintal

După NUTCHISCW, COCKBURN și FORRESTER (1986), elementele de etapă ale dezvoltării copilului ar fi următoarele:

- săptămîna a 4-a :
 - extensia capului spre spate cînd ridică copilul din poziția culcată în poziția șezîndă ;
 - curbura coloanei vertebrale cînd copilul este ținut așezat ;
 - prehensiunea reflexă a obiectului care i se plasează în palmă ;
 - reacționează la zgomote puternice și bruște ;
 - suge cu putere ;
- săptămîna a 8-a :
 - diminuarea extensiei capului spre spate la trecerea în poziție șezîndă ;
 - în poziție șezîndă, curbura coloanei este mult diminuată, iar extensia capului spre spate apare doar accidental ;
 - reflexul de prehensiune slab sau absent ;
 - schițează suris ; vocalizează cînd i se vorbește ;
 - urmărește obiectele cu ochii și întoarce capul ;
- săptămîna a 12-a :
 - în poziție șezînd își menține capul drept ;
 - ținut așezat, spatele este aproape drept ; capul practic stabil ;
 - ține un moment obiectul care i se pune în palmă ;
 - își privește mișcările mîinilor ;
 - întoarce capul în direcția zgomotului ;
 - își recunoaște biberonul plasat în fața ochilor ;
- 6 luni :
 - ridică capul de pe pernă ;
 - cînd este așezat rămîne în poziția respectivă, fără sprijin ;
 - se întoarce singur pe burtă ;
 - ține biberonul, apucă obiectele care-i sînt oferite ;
 - bea din ceașcă ;
 - trece obiectul dintr-o mînă în cealaltă ;
 - reacționează la azuzul numelui său ;
 - ținut în picioare își lasă greutatea pe ele ; poate să-și flecteze gleznele și să le ridice ;
 - devine interesat și de picioare și începe să și le privească ;
- 12 luni :
 - înțelege ordine simple ;
 - poate trece din decubit dorsal în poziție așezat ;

eforturi, prin reprezentanții ei cei mai de seamă (KRAEPELIN, JASPERS, SCHNEIDER, KRETSCHMER, GRÜHLE, BINDER etc.), în circumscrierea sa la interfeșta celor trei categorii nosologice menționate mai sus; el nu este recunoscut de alte școli, de exemplu cea americană, care atribuie fenomenul respectiv psihozelor endogene. Școala sovietică reprezentată prin LISAKOVSKI, AVRUSKI, NEVUDA a întregit cadrul nosologic al dezvoltărilor, dar multitudinea și incompletitudinea opiniilor în legătură cu încadrarea nosologică constituie factori frenatori pentru obținerea unor date epidemiologice relevante.

KRAEPELIN este cel care sistematizează pentru prima oară problema patologiei de dezvoltare, prin încadrarea homiopatilor și simpatopatilor în cadrul patologiei reactive. K. JASPERS definește în mod fundamental conceptul de dezvoltare prin criteriul intensității, al structurii și al constituției psihice.

În ceea ce privește etiopatogenia, în sinteza pe care o realizează asupra dezvoltărilor patologice, PAULEIKHOFF și MESTER incriminează o diversitate de factori: ereditari (care se află o bună perioadă de timp în faza latentă și își găsesc exprimare la vîrsta adultă), prezența unor suferințe somatice, a unor influențe de ordin psihosocial — toți acești factori putînd duce la dezvoltări, dar și la favorizarea unor decompensări patologice ale personalității psihopatice (dizarmonice).

După cum sublinia și E. BLEULER, sînt puține informații pînă în prezent care să ofere o explicație edificatoare a acestei patologii „de graniță”. BRÄUTIGAM, luînd drept exemplu nevrozele, menține aceeași teorie a „stării conflictuale”, valabilă în cazul dezvoltărilor simple din clasificarea lui BINDER. Luînd în considerare posibilitatea punerii în evidență a momentului causal, deci a influenței pe care o exercită factorii de mediu, dezvoltările patologice s-ar apropia mult de cadrul psihopatiilor (dezvoltările dizarmonice ale personalității), în ambele cazuri fiind clar „rolul important pe care-l joacă experiența trăită asupra structurii” (K. SCHNEIDER). Deși tablourile clinice sînt marcate de o bogată varietate a intensității trăirilor individuale, ca și a coloraturii legate de temperamentul și afectivitatea fiecărui subiect în parte, comună este „lipsa mijloacelor de apărare” (KRAEPELIN) a psihismului în ansamblul său care, pe parcursul evoluției îndelungate, își pierde din calitățile integrative, afectînd negativ personalitatea, paralel cu persistența traumei generatoare.

Legătura strînsă între structurarea psihică și condițiile ambientale nu mai este astăzi contestată de nimeni. Factorii psihosociali interacționează strîns cu factorii biologici (boli, alterarea integrității psihice sau somatice) și psihologici (psihotraume). Perioadele de vîrstă reprezentate de pubertate și involuție par a constitui factori favorizanți în apariția dezvoltărilor patologice reactive, iar sexul poate, într-o oarecare măsură, să dea o nuanță distinctă tabloului clinic referitor la profesie, performanțe fizice sau intelectuale (la bărbați), respectiv la dificultățile survenite în viața familială (la femeie) și perioadele critice din timpul căsătoriei sau al vieții de familie reprezintă momente dificile pentru ambele sexe.

K. JASPERS, KRETSCHMER, BINDER au adus contribuții esențiale la înțelegerea dezvoltării patologice, prin sublinierea următoarelor aspecte:

- existența relației dintre structura premorbidă a personalității și cea a procesului patologic (dezvoltarea ontogenetică a personalității și oscilațiile endogene apărute în timpul acestei dezvoltări și modificările definitive determinate de procesul patologic instalat) ?
 - scăderea în timp a inteligibilității și proporționalității odată cu creșterea intensității complexului causal inițial; pe prim plan se situează structura față de dinamică, realizîndu-se în mod paradoxal o „armonie” între „trăirea-cheie” și „lacătul predispozant”, care la rîndul său declanșează „dizarmonia” ?
 - personalitatea sensibilă (suspicioasă, anxioasă, nesigură, emotivă, încordată, astenică, ce nu își acceptă trăsăturile) și handicapul senzorial reprezintă terenul de elecție pentru dezvoltări patologice ?
 - precizarea unor criterii de diferențiere a reacțiilor de dezvoltări (durata, stabilitatea simptomatologiei, rolul premorbidului), ultimele ocupînd de cele mai multe ori întreaga viață a subiectului, simptomatologia menținîndu-se stabilă în ciuda unor acutizări reactive.
- BINDER clasifică dezvoltările patologice reactive în trei forme distincte:
- simple (răspunsul patologic al anumitor structuri de personalitate la agresiunea psihotraumatizantă a mediului — caz în care prezența unor condiții posibil de corijat poate ameliora prognosticul) ?
 - nevrotice (răspuns patologic, prin absența refuzării conflictului, la acțiunea

eforturi, prin reprezentanţii ei cei mai de seamă (KRAEPELIN, JASPERS, SCHNEIDER, KRETSCHMER, GRÜHLE, BINDER etc.), în circumscrierea sa la interferenţa celor trei categorii nosologice menţionate mai sus; el nu este recunoscut de alte şcoli, de exemplu cea americană, care atribuie fenomenul respectiv psihozelor endogene. Şcoala sovietică reprezentată prin LISAKOVSKI, AVRUSKI, NEVUDA a întregit cadrul nosologic al dezvoltărilor, dar multitudinea şi incompletitudinea opiniilor în legătură cu încadrarea nosologică constituie factori frenatori pentru obţinerea unor date epidemiologice relevante.

KRAEPELIN este cel care sistematizează pentru prima oară problema patologiei de dezvoltare, prin încadrarea homiopatilor şi simpatopatiilor în cadrul patologiei reactive. K. JASPERS defineşte în mod fundamental conceptul de dezvoltare prin criteriul intensităţii, al structurii şi al constituţiei psihice.

În ceea ce priveşte etiopatogenia, în sinteza pe care o realizează asupra dezvoltărilor patologice, PAULEIKHOFF şi MESTER incriminează o diversitate de factori: ereditari (care se află o bună perioadă de timp în faza latentă şi îşi găsesc exprimare la vârsta adultă), prezenţa unor suferinţe somatice, a unor influenţe de ordin psihosocial — toţi aceşti factori putând duce la dezvoltări, dar şi la favorizarea unor decompensări patologice ale personalităţii psihopatice (dizarmonice).

După cum sublinia şi E. BLEULER, sint puţine informaţii pînă în prezent care să ofere o explicaţie edificatoare a acestei patologii „de graniţă”. BRÄUTIGAM, luînd drept exemplu nevrozele, menţine aceeaşi teorie a „stării conflictuale”, valabilă în cazul dezvoltărilor simple din clasificarea lui BINDER. Luînd în considerare posibilitatea punerii în evidenţă a momentului causal, deci a influenţei pe care o exercită factorii de mediu, dezvoltările patologice s-ar apropia mult de cadrul psihopatiilor (dezvoltările dizarmonice ale personalităţii), în ambele cazuri fiind clar „rolul important pe care-l joacă experienţa trăită asupra structurii” (K. SCHNEIDER). Deşi tablourile clinice sînt marcate de o bogată varietate a intensităţii trăirilor individuale, ca şi a coloraturii legate de temperamentul şi afectivitatea fiecărui subiect în parte; comună este „lipsa mijloacelor de apărare” (KRAEPELIN) a psihismului în ansamblul său care, pe parcursul evoluţiei îndelungate, îşi pierde din calităţile integrative, afectînd negativ personalitatea, paralel cu persistenţa traumei generatoare.

Legătura strînsă între structurarea psihică şi condiţiile ambientale nu mai este astăzi contestată de nimeni. Factorii psihosociale interacţionează strîns cu factorii biologici (boli, alterarea integrităţii psihice sau somatice) şi psihologici (psihotraume). Perioadele de vîrstă reprezentate de pubertate şi involuţie par a constitui factori favorizanţi în apariţia dezvoltărilor patologice reactive, iar sexul poate, într-o oarecare măsură, să dea o nuanţă distinctă tabloului clinic referitor la profesie, performanţe fizice sau intelectuale (la bărbaţi), respectiv la dificultăţile survenite în viaţa familială (la femeie); perioadele critice din timpul căsătoriei sau al vieţii de familie reprezintă momente dificile, pentru ambele sexe.

K. JASPERS, KRETSCHMER, BINDER au adus contribuţii esenţiale la înţelegerea dezvoltării patologice, prin sublinierea următoarelor aspecte:

- existenţa relaţiei dintre structura premorbidă a personalităţii şi cea a procesului patologic (dezvoltarea ontogenetică a personalităţii şi oscilaţiile endogene apărute în timpul acestei dezvoltări); modificările definitive determinate de procesul patologic instalat);
- scăderea în timp a inteligibilităţii şi proporţionalităţii odată cu creşterea intensităţii complexului causal iniţial; pe prim plan se situează structura faţă de dinamică, realizîndu-se în mod paradoxal o „armonie” între „trăirea-cheie” şi „lacătul predispozant”, care la rîndul său declanşează „dizarmonia”;
- personalitatea senzitivă (suspectoasă, anxioasă, nesigură, emotivă, încordată, astenică, ce nu îşi acceptă trăsăturile) şi handicapul senzoriali reprezintă terenul de elecţie pentru dezvoltări patologice;
- precizarea unor criterii de diferenţiere a reacţiilor de dezvoltări (durata, stabilitatea simptomatologiei, rolul premorbidului), ultimele ocupînd de cele mai multe ori întreaga viaţă a subiectului, simptomatologia menţinîndu-se stabilă în ciuda unor acutizări reactive.

BINDER clasifică dezvoltările patologice reactive în trei forme distincte:

- simple (răspuns patologic al anumitor structuri de personalitate la agresiunea psihotraumatizantă a mediului — caz în care prezenţa unor condiţii posibil de corijat poate ameliora prognosticul);
- nevrotice (răspuns patologic, prin absenţa refuzării conflictului, la acţiunea

Evoluția este cronică, marcată de acutizări și ameliorări, prin asimilarea modificărilor de personalitate ca tolerabile de către grup și subiect; afectează vîrsta activă a adultului, determinînd un grad important de invaliditate (în special în cazul dezvoltărilor hipocondriace și a celor prevalente prin izolare socială); factorii de mediu, socioculturali și iatrogeni joacă un rol important în prognosticul acestor afecțiuni, în unele cazuri mai bun decît în cazul dizarmoniilor de personalitate, la care reversibilitatea tulburărilor nu este posibilă, ci doar compensarea lor.

Tratamentul este deosebit de dificil, cu unele șanse de succes doar pentru perioadele de acutizare, punînd în mare dificultate de competență și timp atît pe psihiatru cit și pe medicul generalist (la care se adresează, după statisticele americane, 50% din pacienții cu acuze hipocondriace); psihoterapia individuală are rezultate slabe, iar cea de grup se poate încerca în cazul subiecților izolați social.

306. **DH-ERGOTOXIN^(M)** Cehoslovacia → **sin.**
HYDERGIN^(M) Elveția.

307. **DIA-** (cf. gr. *dia* „prin, între, peste“)
● Element de compunere, exprimînd semnificația de „prin, peste, între“.

308. **DIABET INSIPID** (cf. gr. *diabetes* „diabet“) ● Afecțiune manifestată clinic prin poliurie cu izostenurie, sete imperioasă, poli-dipsie secundară, uneori deshidratare, tulburări psihice la care se adaugă semnele bolii de bază (inclusiv cele neurologice).

În funcție de mecanismele etiopatogenice incriminate, se diferențiază diabetul insipid hipotalamic, prin deficit de sinteză și/sau eliminare de hormon antidiuretic, și diabetul insipid nefrogen, în care se constată o lipsă de răspuns renal la acțiunea hormonului antidiuretic (ADH, vasopresina). Ambele tipuri de diabet insipid pot fi ereditare sau dobîndite. Formele dobîndite au o etiologie complexă, în cadrul căreia pot fi enumerați factori tumorali, infecțioși, medicamentoși. Terapia cu săruri de litiu poate produce diabet insipid nefrogen prin acțiunea inhibitoare asupra sistemului adenilciclază-adenozinmonofosfat ciclic implicat în reabsorbția tubulară de apă sub acțiunea ADH. Se menționează, de asemenea, o creștere a concentrației de ADH în psihozele acute (DA COSTA). Tulburările psihice care apar în diabetul insipid pot fi

secundare bolii de bază, dar pot fi provocate și de cuplul simptomatic poliurie-polidipsie, care determină insomniile, enuzeris, astenie, hipoprosexie, iritabilitate, anxietate.

Tulburările psihice sînt dependente ca intensitate de gradul de deshidratare; ele pot evolua de la somnolență, astenie și apatie la delir, halucinații, convulsii, culminînd cu coma instalată după un deficit lichidian major. Deshidratarea hipertona poate determina la copii leziuni cerebrale, cu consecințe asupra dezvoltării psihomotorii. Terapia etiopatogenică sau de substituție determină amendarea tulburărilor psihice.

309. **DIABET ZAHARAT** — **sin.** **DIABETES MELLITUS** ● Afecțiune determinată de un deficit primar sau secundar al secreției de insulină sau de un deficit la nivelul receptorilor insulinici tisulari. Boală cu evoluție cronică, diabetul zaharat cunoaște o multitudine de factori etiologici. În funcție de criteriile etiologice și de manifestările clinice se descriu numeroase tipuri de diabet zaharat, aparținînd mai multor clasificări. Deficitul insulinic determină hiperglicemie, iar consecințele metabolice ale acesteia au un răsunet deosebit de important asupra vieții psihice. Ateroscleroza și angiopatia diabetică, asociate tulburărilor metabolice, accentuează tulburările psihice determinate de boala diabetică.

Boală cronică, greu tolerată, diabetul zaharat impune subiectului numeroase restricții și o modificare complexă a modului de viață (dependență de medic, dietă alimentară), ceea ce favorizează apariția tulburărilor psihice. Se evidențiază frecvent astenie, apatie, abulie, tulburări ale activității instinctuale, tulburări hipnice, iritabilitate, tulburări afective (depresie însoțită de anxietate). În formele grave ale bolii și, mai ales, în encefalopatia diabetică se descriu episoade stuporoase, care pot alterna cu agitația psihomotorie. POROT descrie următoarele posibile reacții ale pacienților față de boala diabetică:

- atitudine de dispreț față de boală, manifestată prin lipsă de disciplină, atitudine periculoasă prin consecințele dramatice posibile, datorate apariției complicațiilor;
- atitudinea regresivă față de boală, care impune subiecților o dependență exagerată față de medic și față de familie, aceștia avînd „datoria” de a-i proteja, ajuta, îngriji;
- atitudine competitivă, perfecționistă, meticuloasă, subiecții concentrîndu-și întreaga activitate asupra bolii. Senti-

Evoluția este cronică, marcată de acutizări și ameliorări, prin asimilarea modificărilor de personalitate ca tolerabile de către grup și subiect; afectează vîrsta activă a adultului, determinînd un grad important de invaliditate (în special în cazul dezvoltărilor hipochondriace și a celor prevalente prin izolare socială) și factorii de mediu, socio-culturali și iatrogeni joacă un rol important în prognosticul acestor afecțiuni, în unele cazuri mai bun decît în cazul dizarmoniilor de personalitate, la care reversibilitatea tulburărilor nu este posibilă, ci doar compensarea lor.

Tratamentul este deosebit de dificil, cu unele șanse de succes doar pentru perioadele de acutizare, punînd în mare dificultate de competență și timp atît pe psihiatru cit și pe medicul generalist (la care se adresează, după statisticile americane, 50% din pacienții cu acuze hipochondriace); psihoterapia individuală are rezultate slabe, iar cea de grup se poate încerca în cazul subiecților izolați social.

306. **DH-ERGOTOXIN**^(M) Cehoslovacia → **HYDERGIN**^(M) Elveția. sin.

307. **DIA-** (cf. gr. *dia* „prin, între, peste“)
● Element de compunere, exprimînd semnificația de „prin, peste, între“.

308. **DIABET INSIPID** (cf. gr. *diabetes* „diabet“) ● Afecțiune manifestată clinic prin poliurie cu izostenurie, sete imperioasă, poli-dipsie secundară, uneori deshidratare, tulburări psihice la care se adaugă semnele bolii de bază (inclusiv cele neurologice).

În funcție de mecanismele etiopatogenice incriminate, se diferențiază diabetul insipid hipotalamic, prin deficit de sinteză și/sau eliminare de hormon antidiuretic, și diabetul insipid nefrogen, în care se constată o lipsă de răspuns renal la acțiunea hormonului antidiuretic (ADH, vasopresina). Ambele tipuri de diabet insipid pot fi ereditare sau dobîndite. Formele dobîndite au o etiologie complexă, în cadrul căreia pot fi enumerați factori tumorali, infecțioși, medicamentoși. Terapia cu săruri de litiu poate produce diabet insipid nefrogen prin acțiunea inhibitoare asupra sistemului adenilciclază-adenozinmonofosfat ciclic implicat în reabsorbția tubulară de apă sub acțiunea ADH. Se menționează, de asemenea, o creștere a concentrației de ADH în psihozele acute (DA COSTA). Tulburările psihice care apar în diabetul insipid pot fi

secundare bolii de bază, dar pot fi provocate și de cuplul simptomatic poliurie-polidipsie, care determină insomniile, enurezis, astenie, hipoprosexie, iritabilitate, anxietate.

Tulburările psihice sînt dependente ca intensitate de gradul de deshidratare și ele pot evolua de la somnolență, astenie și apatie la delir, halucinații, convulsii, culminînd cu coma instalată după un deficit lichidian major. Deshidratarea hipertonă poate determina la copii leziuni cerebrale, cu consecințe asupra dezvoltării psihomotorii. Terapia etiopatogenică sau de substituție determină amendarea tulburărilor psihice.

309. **DIABET ZAHARAT** — sin. **DIABETES MELLITUS** ● Afecțiune determinată de un deficit primar sau secundar al secreției de insulină sau de un deficit la nivelul receptorilor insulinici tisulari: Boală cu evoluție cronică, diabetul zaharat cunoaște o multitudine de factori etiologici. În funcție de criteriile etiologice și de manifestările clinice se descriu numeroase tipuri de diabet zaharat, aparținînd mai multor clasificări. Deficitul insulinic determină hiperglicemie, iar consecințele metabolice ale acesteia au un răsunset deosebit de important asupra vieții psihice. Ateroscleroza și angiopatia diabetică, asociate tulburărilor metabolice, accentuează tulburările psihice determinate de boala diabetică.

Boală cronică, greu tolerată, diabetul zaharat impune subiectului numeroase restricții și o modificare complexă a modului de viață (dependență de medic, dietă alimentară), ceea ce favorizează apariția tulburărilor psihice. Se evidențiază frecvent astenie, apatie, abulie, tulburări ale activității instinctuale, tulburări hipnice, iritabilitate, tulburări afective (depresie însoțită de anxietate). În formele grave ale bolii și, mai ales, în encefalopatia diabetică se descriu episoade stuporoase, care pot alterna cu agitație psihomotorie. POROT descrie următoarele posibile reacții ale pacienților față de boala diabetică:


- atitudine de dispreț față de boală, manifestată prin lipsă de disciplină, atitudine periculoasă prin consecințele dramatice posibile, datorate apariției complicațiilor;
- atitudinea regresivă față de boală, care impune subiecților o dependență exagerată față de medic și față de familie, aceștia avînd „datoria“ de a-i proteja, ajuta, îngriji;
- atitudine competitivă, perfecționistă, meticuloasă, subiecții concentrîndu-și întreaga activitate asupra bolii. Senti-

mentul de inferioritate determină adoptarea unor ritualuri cu tentă obsesională, iar fragilitatea psihică face ca orice eșec sau complicație apărută pe parcurs să fie urmată de o reacție depresivă exagerată.

În numeroase cazuri se constată însă aspecte intermediare, cei mai mulți subiecți adaptându-se la această afecțiune. Această adaptare este facilitată astăzi de numeroasele posibilități de investigație necesare prevenirii complicațiilor și de progresele terapeuticii.

În ceea ce privește personalitatea diabeticului, tot POROT apreciază, pe bună dreptate, că nu se poate vorbi de o specificitate psihopatologică în ceea ce privește afecțiunea diabetică, particularitățile personalității acestor subiecți nefiind diferite de cele întâlnite în cadrul altor afecțiuni psihosomatice. Corelația diabet-afecțiune psihică presupune mai curând influențe somato-psihice decât psihosomatice. Este însă evident rolul declanșator sau agravant, pe care-l au situațiile stresante, emoțiile puternice etc. Este de asemenea de menționat rolul factorilor iatrogeni, care pot influența starea psihică (mai ales în cazul unor particularități ale personalității diabeticului), precum și efectele psihice ale supradozării insulinice, care poate determina grade variabile de afectare cerebrală.

Diabetul și psihosomatica. Teza unei psihogeneze a diabetului zaharat este privită cu circumspecție de majoritatea autorilor, astfel că existența unui diabet zis „emoțional” este acceptată de unii autori și negată de alții. Traumatismul psihic reprezentat de apariția bolii diabetice, angoasa morții imediate pot reactiva tulburări psihice în al căror determinism are un cuvânt greu de spus structura personalității subiectului.

310. DIACEPLEX^(M) Spania — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**. 

311. DIADĂ (cf. gr. *dyas* „numărul doi, dualitate, cuplu”) ● Termen care, în psihologia socială, se referă la orice relație dintre două persoane, sub raportul atitudinilor manifestate reciproc de cei doi „termeni” ai interacțiunii. Tipologic, se disting diade:

- pozitive și negative (criterii motivațional-afective și cognitive) †
- formale și informale (criterii sociale, profesionale, juridice) †
- dinamice și statice (criterii pragmatice).

Exemple de astfel de cupluri interpersonale sînt reprezentate de: cuplul conjugal, relația șef-subordonat, dialogul medic-pacient etc.

312. DIADRIL^(M) Iugoslavia, R.F.G. — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

313. DIAGNOSTIC (fr. *diagnostic*; cf. gr. *diagnosis* „decizie, judecată, evaluare”) ● Ansamblul demersurilor clinice și de laborator efectuate în scopul de a determina precis boala de care suferă cineva, avînd drept scop instituirea unui tratament rațional și eficient în vederea restabilirii stării de sănătate.

În elaborarea diagnosticului, un rol deosebit l-a avut etapa istorică în care se afla civilizația umană, procesul fiind dependent de stadiul de dezvoltare social-economică, tehnico-științifică și culturală a etapei respective.

Inițial, stabilirea simptomului dominant și, ulterior, a sindromului clinic au reprezentat elementele principale ale diagnosticului; simptomul observat, indiferent de bogăția descrierii, sau sindromul, „*oricît de distilat ar fi*”, nu reprezintă însă diagnostice, ci numai etape în demersul logic al stabilirii diagnosticului. „*Încercările de revitalizare a sindromologiei*” nu fac decît să aducă medicina cu 150 de ani în urmă și nu dau „*decît satisfacția*” de a putea spune mai frumos ceea ce ar fi trebuit și nu au putut-o face (obiectiv) înaintașii noștri. Pentru MARTINET, ȘUTEANU și mulți alții, această etapă corespunde începutului secolului al XIX-lea.

Următoarea etapă a reprezentat-o diagnosticul corespunzător clasificării anatomo-clinice a entităților nosologice, care, oricît de trenantă a fost, a eșuat la mijlocul secolului trecut pentru toate specialitățile medicale; acest eșec este însă neglijat uneori și în prezent de către cei care cer punerea în evidență a leziunii pentru a recunoaște boala sau pentru a o nega atunci cînd evidențierea anatomică a leziunii lipsește (fapt scuizabil pentru cei care procedau în mod identic, dar înainte de apariția fiziopatologiei).

Studiul funcțiilor organelor și sistemelor, urmare firească a saltului făcut de fiziologie, a permis intrarea într-o nouă etapă, care a condus nu numai la o nouă clasificare, fiziopatologică, ci și la un nou tip de diagnostic.

Precizarea cauzelor bolii a permis apariția unei clasificări etiologice și, implicit, a unui

diagnostic etiologic pentru marea majoritate a bolilor.

În prezent, medicului i se cere ca în elaborarea diagnosticului să nu se limiteze la nici una din etapele parcurse (în procesul de elaborare) și să coreleze aspectul clinic conferit de simptome și sindrom cu substratul anatomofiziologic, cu aspectul fiziopatologic, cu precizarea etiologiei, în strins raport cu personalitatea, vîrsta și capacitatea restantă a organismului — elemente care conduc la o nouă etapă a diagnosticului, numit de unii autori diagnostic multiaxial.

Principalele etape de elaborare a diagnosticului sint considerate în prezent :

- anamneza ;
- examenul clinic ;
- investigațiile paraclinice ;
- raționamentul sau integrarea datelor.

Pondere și importanța primelor trei etape este diferită de la o specialitate medicală la alta, atît examenul clinic cît și investigațiile fiind specifice fiecăreia ; ele au însă aceeași finalitate de a furniza date cît mai numeroase și mai dense, celei de-a patra etapă, a raționamentului, în care mediul pune în joc toată pregătirea, toată experiența și tot talentul său. Este etapa în care compararea (cît mai exactă) și corelațiile (cît mai numeroase, mai rapide și mai logice) își spun cuvîntul, etapa în care se face pasul de la „percepție la interpretare”.

314. DIAGNOSTIC ÎN PSIHIATRIE ● Elaborat după aceeași algoritmi, ca și orice alt diagnostic medical, cel psihiatric diferă și își găsește specificitate prin numărul mult mai ridicat de ecuații care trebuie rezolvate, deoarece depinde de un număr mai mare de variabile. Aceasta înseamnă nu numai un efort decizional mai mare, ci și unul de informare mai crescut.

Elaborarea diagnosticului nu este un scop în sine, ci reprezintă placa turnantă nu numai a terapiei, ci și a prognosticului și recuperării bolnavului.

Inepuizabilă în multiplele aspecte pe care le comportă, problema diagnosticului în psihiatrie se referă la cel puțin următoarele sfere de interes :

- delimitarea clinică/nosologică a entității ;
- precizarea etiologiei sau a factorilor predispozanți ;
- evaluarea particularităților structurale ;
- răsunetul funcțional actual și de perspectivă ;
- relația bolnav-mediul social, prezentă și viitoare ;
- strategia terapeutică imediată și în timp.

Drumul de la simptom la boală nu este tocmai atît de ușor cît ar părea la o primă

vedere, cu atît mai mult cu cît în psihiatrie pot exista numeroase surprize. Încă din 1845, GRIESINGER observă că „doi indivizi pot spune sau face exact același lucru, de exemplu, să exprime credința lor în influența vrăjilor sau teama de a fi pentru eternitate damnați ; observatorul care știe ce semnifică aceste lucruri îl poate declara pe unul dintre aceștia bolnav psihic, iar pe celălalt sănătos. Ceea ce face posibilă această interpretare este considerarea tuturor circumstanțelor concomitente și o experiență profesională aprofundată a tuturor formelor de boală psihică”. A fi preocupat de îmbunătățirea sistemului de ventilație dintr-o hală industrială reprezintă un element normal pentru un inginer, medic igienist sau muncitor din hala respectivă ; aceeași preocupare asiduă pentru o casnică sau un pensionar, care nu au văzut în întreaga lor existență o asemenea hală, reprezintă cu totul altceva, deși obiectul preocupării este același.

Multitudinea explicațiilor valabile pentru unul și același eveniment obiectiv reprezintă o altă posibilitate cu implicații în psihiatrie : imposibilitatea cititului, scrisului sau a operațiilor aritmetice simple poate fi rezultatul deteriorării, dar și a necunoașterii acestor operațiuni dintotdeauna sau a simulației. În psihiatrie, mai mult ca în orice altă specialitate, observația, oricît ar fi de fină, își pierde adevărata valoare dacă nu este circumscrisă coordonatelor sale operativ-temporale, respectiv istorico-geografice. Chiar în diagnostice care par extrem de precise, cum ar fi cel de depresie majoră, există o variabilitate transculturală impresionantă, care ar putea uimi orice neofit.

Pentru a stabili un diagnostic în psihiatrie este necesară o multiplă corelare a datelor anatomice, semiologice, sindromologice și a informațiilor auxiliare (biologice, psihologice, sociologice), în limitele următoarelor elemente majore :

- personalitatea bolnavului ;
- vîrsta cronologică și biologică a acestuia ;
- starea de sănătate somatică ;
- inferențele sociale.

Corelarea fiecărui element diagnostic cu aceste puncte de referință trebuie urmată de corelarea finală a elementelor simptomatologiei, în scopul obținerii acelei ordini semnificative care să constituie elaborarea diagnosticului. Această etapă, dacă respectă condițiile arătate anterior, va satisface exigențele unor autori (MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, COHEN, ROBINS, GUZE, FEIGNER etc.), care atrag

atenția asupra faptului că diagnosticul nu este o etichetare nosologică, ci o judecare complexă, cauzală. Corectitudinea diagnosticului este în raport cu relația complexă personalitate-somă-vîrstă-mediu, fără de care nu ar avea decît un caracter fragmentar (C. GORGOS și colab., 1985). După acești autori, demersul complet trebuie să depășească faza sindromologică, care are numai valoarea unei ipoteze de lucru, grupînd într-o poziție semnificativă datele care vor fundamenta diagnosticul.

Cuplul patogen agent cauzal-teren se află în psihiatrie într-o întrepătrundere atît de pronunțată, încît alcătuiește o ecuație cu un număr practic infinit de soluții. Ignorarea dimensiunii personalității lipsește diagnosticul de „culoarea” individuală, plasîndu-l într-o banalitate evident inoperantă. Dacă nu este corelat cu vîrsta, diagnosticul poate ignora adesea o aparentă normalitate fiziologică, constituind ea însăși o pseudopatologie (așa cum se întîmplă în criza de adolescență, în climax, la vîrste foarte înaintate etc.). În sfîrșit, factorii socio-culturali, sistemul de credințe și opinii (analizat la rîndul său și în funcție de capacitatea individului de a înțelege lumea, de nivelul său intelectual), au un rol determinant în stabilirea coordonatelor diagnosticului. Aceeași analiză se poate face desigur pentru fiecare din principalele puncte de referință și detalia în mod particular, ceea ce pune o dată mai mult în evidență dificultățile

prin care trece psihiatrul în elaborarea diagnosticului.

JASPERS sublinia că, deși diagnosticul încearcă să facă ordine în haosul fenomenologiei psihopatologice, el nu trebuie să devină o cale de îndepărtare de demersul comprehensiv al acesteia, „un cerc vid în care fenomenele intră prea pușin”. Se pune întrebarea: cum poate diagnosticul să răspundă, pe de o parte, exigențelor unui sistem nosologic, limitat ca orice clasificare finită, iar, pe de altă parte, necesității de a rămîne flexibil, adaptat fiecărui individ în parte (psihiatria fiind prin excelență o medicină a bolnavului și nu a bolii), fiind totodată cuantificabil, oferind deci posibilitatea unor comparații și studii epidemiologice?

O posibilă soluție, în etapa actuală de dezvoltare a psihiatriei, pare să fie așa-numitul diagnostic multiaxial, care conține în formulare date precise referitoare la o configurație de axe direcționate de un anume parametru (fenomenologie clinică, etiologie, inserție, evoluție, tipologie, personalitate etc.). Această modalitate este de fapt singura care poate oferi psihiatrului șansa de a aborda problema diagnosticului. Principalele tipuri de diagnostice multiaxiale, prezentate în tabelul care urmează, demonstrează nu numai interesul larg pe care problema îl suscită, ci și faptul că aceste preocupări „moderne” au depășit un sfert de veac

Tabel nr. XLVIII

Autorul Axa	Fenomenologie	Etiologie sau factori asociați	Adaptare funcțională sau alte caracteristici	Evoluție
1	2	3	4	5
LEME-LOPES 1954	<ul style="list-style-type: none"> ● sindromul ● personalitate premorbidă 	<ul style="list-style-type: none"> ● constelație etiologică 		
ESSEN MOLLER 1961	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom specific ● sindrom generic 	<ul style="list-style-type: none"> ● etiologie 		
WING 1970	<ul style="list-style-type: none"> ● condiție psihiatrică ● subnormalitate mintală 	<ul style="list-style-type: none"> ● cauze organice sau psihogenetice ● boli adăugate sau alte deficite 		

Tabelul XLVIII (continuare)

1	2	3	4	5
ÖTTOSON și PERRIS 1973	<ul style="list-style-type: none"> ● simptomatologie 	<ul style="list-style-type: none"> ● etiopatogenie <ul style="list-style-type: none"> — somatogeneză — psihogeneză — multifactorială — criptogeneză 	<ul style="list-style-type: none"> ● severitate <ul style="list-style-type: none"> — sănătate aparentă — nonpsihotică — psihotic — ocazional psihotică 	<ul style="list-style-type: none"> ● episodică ● periodică ● cronic stabilă ● cronic progresivă
HELMCHEN 1975	<ul style="list-style-type: none"> ● simptomatologie 	<ul style="list-style-type: none"> ● etiologie <ul style="list-style-type: none"> — factori dispoziționali — factori precipitanți — factori stabilizatori 	<ul style="list-style-type: none"> ● intensitate ● certitudine 	
STRAUSS 1975	<ul style="list-style-type: none"> ● simptome 	<ul style="list-style-type: none"> ● factori asociați <ul style="list-style-type: none"> — stres — boli somatice — abuz de droguri 	<ul style="list-style-type: none"> ● relații personale ● adaptare profesională 	
SADOUN 1976	<ul style="list-style-type: none"> ● diagnostic de referință ● nivel intelectual ● tulburări asociate 	<ul style="list-style-type: none"> ● factori etiologici 		
Von CARNACH 1977	<ul style="list-style-type: none"> ● simptomatologie ● tulburări de personalitate 	<ul style="list-style-type: none"> ● etiologie <ul style="list-style-type: none"> — biologică — psihosocială 		<ul style="list-style-type: none"> ● acuratețea episoadelor ● tipuri de evoluție : <ul style="list-style-type: none"> — episodică — intermitentă — cronică
KREYSSIG 1978	<ul style="list-style-type: none"> ● nosologică ● sindromologică 	<ul style="list-style-type: none"> ● somatică ● sociodinamică] ● psihodinamică 		
DSM III 1980	<ul style="list-style-type: none"> ● sindrom clinic ● tulburări de personalitate sau de dezvoltare 	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări somatice ● intensitatea stresurilor psihosociale 	<ul style="list-style-type: none"> ● gradul adaptării funcționale în ultimul an 	
DAHL și RETTERSOL 1983	<ul style="list-style-type: none"> ● diagnostic clinic ● predispoziție a personalității 	<ul style="list-style-type: none"> ● stresuri și situații neobișnuite 		

Diagnosticul multiaxial pare să fie modalitatea optimă de îmbunătățire a diagnosticului psihiatric în general și a clasificărilor bolilor psihice, în condițiile actuale ale cunoașterii etiologice și este de presupus că își va menține valoarea încă multă vreme, având în vedere că drumul parcurs de la „dualismul empiric” (K. SCHNEIDER), somatogen și psihogen, la concepțiile etiopatogenice moderne (somatogene psihogene, multifactoriale și criptogene) nu a rezolvat încă problema etiologiei bolilor psihice. Utilizarea diagnosticului multifactorial are o serie de consecințe fructuoase în domeniile teoretice și aplicative ale psihiatriei, pe care MEZZICH le numește „funcții” ale diagnosticului multifactorial: considerarea pe axe distincte a etiologiei și sindroamelor poate releva „constelații atipice” ale relației cauză-sindrom, iar axele funcționării sociale pot dimensiona modele nosografice și nosologice noi, cu implicații pozitive asupra concepției nosologice generale. Printre alte avantaje ale unei abordări axiale se mai pot menționa:

- apariția unor explicații integrative ale modelelor globale de boală;
- circumscrierea unor teorii psihopatologice multiple privitoare la același fenomen;
- facilitarea organizării informației clinice și implicit, a prestației medicale;
- standardizează formularea diagnostică, oferind facilitarea intercomunicării psihiatrice, ca și a predicției și evaluării rezultatelor terapeutice;
- oferă date științifice în vederea realizării unor studii de incidență și prevalență reale, implicate și în creșterea posibilităților de creare a programelor de sănătate mintală.

Diagnosticul în psihiatrie rămâne o problemă mereu deschisă, în care progresele înregistrate în celelalte domenii (terapie, explorări, semiologie, patogenie) nu fac decît „să erodeze” vechile edificii conceptuale.

315. DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC (PSIHO-DIAGNOSTIC) ● Termen utilizat relativ frecvent în lucrări de psihologie și nu a reușit însă să depășească acest cadru, nefiind menționat în nici o lucrare de prestigiu din sfera psihiatriei sau a medicinei în general.

Fără a subestima importanța psihologiei și a metodelor utilizate de ea, trebuie avut în vedere faptul că diagnosticul este unic, el reprezentînd ansamblul demersurilor clinice și al investigațiilor paraclinice, efectuate în scopul de a delimita precis boala. În cadrul investigațiilor paraclinice sînt cuprinse: examenele de laborator, cele radiologice, explorările func-

ționale ale diferitelor funcții sau sisteme; examenul psihologic, ancheta socială etc. Chiar și examenele clinice solicitate de medicii altor specialități față de cele în care sînt consultați (fund de ochi, examen neurologic, examen cardiologic etc. pentru psihiatru și examenul psihiatruului pentru internist sau chirurg) au caracter de examene complementare. Prin urmare, așa cum nu se poate vorbi de un diagnostic de laborator, diagnostic radiologic etc., nu se poate vorbi nici de un diagnostic psihologic, ci de metode proprii de investigație, care în final concură la diagnostic ca unic rezultat al tuturor demersurilor efectuate.

Un diagnostic, în etapa actuală, trebuie să coreleze datele clinice cu cele anatomopatologice, fiziopatologice, etiologice, în raport cu personalitatea, vîrstă, capacitatea restantă a organismului, posibilitățile de răspuns la terapie și reinserție în mediu; în aceste condiții considerăm că am cere prea mult ca printr-o hemogramă, radiografie, anchetă socială sau test psihologic să se poată oferi un răspuns corespunzător acestor cerințe.

Se poate aprecia deci că termenul de diagnostic psihologic este impropriu, sensul cu care este investit fiind mai bine exprimat prin cel de INVESTIGAȚIE PSIHOLGICĂ. așa cum există investigații de laborator, radiologice etc.

316. DIALAG^(M) Elveția — DCI *Diazepam*

● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

317. DIALECTICĂ (cf. gr. *dialexis* „discuție, conversație”) ● Conform sensului originar — arta dialogului, a înfruntării argumentative între puncte de vedere opuse, contradictorii. Clasicii gîndirii eline, PLATON și ARISTOTEL, au definit două atitudini opuse față de dialectică, atitudini pe care tradiția le-a păstrat pînă la apogeul filozofiei moderne. Asociînd dialectica disputelor sofistice și euristice, ARISTOTEL îi atribuie o semnificație peiorativă, întrucît o consideră drept artă a argumentației și respingerii prin simpla opunere a tezelor contradictorii. În același stil, KANT aprecia că dialectica este o logică a aparențelor, o teorie a erorilor naturale sădite în spiritul omenesc. Deși adversar al pseudoargumentării sofistice, PLATON atribuie dialecticii cele mai înalte virtuți cognitive, privind înfruntarea dintre tezele contradictorii ca artă a elaborării cunoștințelor adevărate. Dialecticianul, susține PLATON,

este acela care cunoaște esența fiecărui lucru, după ce a respins prejudecățile, aparențele înșelătoare și falsele reprezentări. În concepția lui PLATON, dialectica este numai o metodă de cunoaștere. Abia HEGEL enunță în mod explicit și argumentează sistematic ideea dialecticii ca model și legitate imanentă a dezvoltării obiectiv-determinate a întregii existențe, privind natura, societatea și spiritul în permanenta lor devenire, produsă de tensiunea lăuntrică a determinărilor contradictorii. Analizând retrospectiv istoria filozofiei, HEGEL descoperă în gândirea antichității o dezvoltare spontană a conceptului său de dialectică, prezent în intuițiile naive dar pătrunzătoare prin care vechii filozofi greci (printre aceștia, cu deosebire HERACLIT) au sesizat legătura universală dintre fenomenele realului, mișcarea și transformarea lor continuă sau natura contradictorie a forțelor active în cosmos.

Postulind identitatea ontică dintre subiect și obiect, ca soluție ce permite depășirea opoziției ireductibile instituite de filozofia kantiană între cunoaștere și esența realului, HEGEL dezvoltă sistematic categoriile dialectice ale rațiunii speculative, pe care le definește ca determinații ale Ideii absolute, modelul logic al oricărei existențe în genere. Prezentând cosmosul ca proces de autodezvoltare a ideii, determinată de contradicțiile sale interne, dialectica hegeliană este solidară cu o ontologie idealistă, având ca obiect devenirea necesară a Ideii absolute care, din model logic al ființei oarecare, se realizează întâi ca natură și apoi, prin progresul societății și al culturii, tinde spre autocunoaștere, înălțată rind pe rind pe treptele spiritului subiectiv (psihologia umană, cunoașterea de sine), obiectiv (moralitatea, legile și organizarea politică a statului) și absolut (valorile culturii, încununate de sistemele filozofice). Criticând caracterul speculativ și mistificator al sistemului hegelian, MARX și ENGELS elaborează dialectica materialistă, demonstrând că dialectica obiectivă (a fenomenelor din natură și societate) determină dialectica subiectivă (a noțiunilor) și se reflectă în aceasta.

În opoziție cu metafizica, gândirea dialectică înțelege lumea ca sistem material infinit și unitar de obiecte și procese, care prezintă o inepuizabilă varietate calitativă. În accepțiune dialectică, mișcarea este autodezvoltare a realului, proces infinit și etern, care poate fi explicat prin câteva legități universale: unitatea și opoziția contrariilor, trecerea acumulărilor cantitative în schimbări calitative și negarea negației. Deși fundamentale, aceste legități nu pot fi absolutizate și nu epuizează concepția dialectică;

ele se completează prin corelațiile dintre categoriile complementare, cum sînt: esență și fenomen, conținut și formă, necesitate și întâmplare, cauză și efect, posibilitate și realitate, general, particular și singular etc.

Metodă universală a cunoașterii, dialectica materialistă are un caracter deschis, îmbogățindu-se cu noi interpretări, argumente și clarificări conceptuale, odată cu adîncirea cunoașterii științifice și cu diversificarea experienței acumulate în procesul praxisului social-istoric. Diferitele orientări nemarxiste contemporane atribuie semnificații variate conceptului de dialectică.

Neoraționaliștii (GONSETH, BACHELARD) înțeleg prin dialectică o modalitate epistemologică fundamentală de reconstrucție permanentă a teoriilor științifice, prin elaborarea unor sinteze tot mai cuprinzătoare, care unifică pe baze conceptuale noi domenii temporar izolate sau explicații teoretice aparent incompatibile. În filozofia fizicii (HEISENBERG, BOHR), dialectica este înțeleasă ca expresie a ideii de complementaritate. „Tragică” în filozofia existențialistă, dialectica exprimă contradicția insolubilă dintre „Eu” și lume. Școala de la Frankfurt (ADORNO, HORKHEIMER, BLOCK, MARCUSE, FROMM ș.a.) conține o „dialectică negativă” sau „paradoxală”, care elimină momentul afirmativ al dialecticii hegeliene (negarea negației) și extinde negația, fără limite, pînă la negația totală.

318. DIALICOR^(M) Grecia — DCI Oxprenolol

● Betablocant de tip 1-/0-(alliloxi)fenoxi-/3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETA-BLOCANTE.

319. DIALIZĂ — metodă (cf. gr. *dialysis* „separare”) ● Metodă folosită inițial în tratamentul insuficienței renale cronice, constînd din epurarea pe cale extrarenală, în scopul eliminării produșilor metabolici, a toxicelor endogene sau exogene (ajunse accidental în organism). Dializa se efectuează prin două tehnici: transperitoneal sau prin circulație extracorporală, folosind un filtru și o baie de dializă — hemodializă. Utilizarea ei în psihatrie comportă următoarele aspecte:

- ca mijloc de reanimare în intoxicațiile acute și cronice, urmare a unor tentative suicidare sau a unor accidente;
- în tratamentul intoxicației cu litiu;

- în tratamentul unor afecțiuni psihice, în care se presupune acumularea unei substanțe (mai mult sau mai puțin specifice) cu potențial patogen în singe.

Referitor la acest ultim aspect, folosirea hemodializei pentru tratamentul schizofreniei datează din 1960, când s-a observat că, după tratarea prin această metodă a subiecților cu insuficiență renală cronică, a apărut o ameliorare a stărilor psihice. Cercetările ulterioare au condus la rezultate contradictorii: H. FEHR și colab., în 1960, comunică rezultatele favorabile ale hemodializei în catatonie acută; VANT, în 1978, WAGE-MAKER și colab., în 1979, raportează rezultate favorabile în 80% din cazurile de schizofrenie cronică tratată astfel; dar F. PERT și colab., în 1978, centralizând rezultatele obținute în 32 de centre unde era aplicată dializa, constată că doar în 16% din cazuri s-au obținut ameliorări. În prezent, studiarea acestei metode preocupă școala de psihiatrie sovietică, germană, canadiană; la noi în țară, clinica de psihiatrie de la Socola, aplicând hemodializa la un număr de 19 bolnavi schizofrenici, a obținut rezultate favorabile în 50% din cazuri. Rezultatele favorabile constau în obținerea unor perioade de remisie mai îndelungate decît cea realizată prin cura neuroleptică. Rezultatele pozitive obținute prin această metodă ar putea fi explicate prin eliminarea beta-leu-endorfinelor (endorfine care conțin și leucină), care se găsesc în concentrație crescută în schizofrenie, precum și a unor substanțe „abnormale” (R. PALMAUR și colab., 1977). Această constatare este însă numai ipotetică, pentru că nu s-a constatat un paralelism între concentrația acestor substanțe și gravitatea simptomatologiei discordante. Pe de altă parte, activitatea de filtrare a membranei artificiale este mult inferioară celei a membranei glomerulare, rezultînd astfel concluzia că, dacă acumularea endorfinelor este responsabilă de simptomatologia discordantă, eliminarea acestora ar putea fi mai bine făcută prin hiperhidratare, care „forțează” filtrarea glomerulară.

Un argument de ordin deontologic împotriva dializei este adus de G. MOORE, H. ABRAHAM, care afirmă că pentru aplicarea acestei metode este necesar consimțămîntul bolnavului, ceea ce în cazul schizofreniei nu este posibil. Metoda comportă și o serie de riscuri, a căror gravitate îi restrînge utilizarea: dezechilibrul hidroelectrolitic, hemoragii, infecții grave. V. PREDESCU și L. ALEXANDRESCU (1986) au remarcat faptul că practicarea hemodializei și a unor metode similare în schizofrenie nu s-a dovedit eficientă, ridicînd o serie de probleme

de ordin practic și deontologic; aceste metode sînt aplicate, pînă în prezent, în scopuri exclusiv de cercetare.

320. DIALOGOLALIE (cf. gr. *dialoge* „dialog” și *lalein* „a vorbi”) ● Simptom descris în demențele senile și, mai rar, în schizofrenie de T. SPOERRI (1965); constă în aparența de dialog pe care o creează expresia verbală a unor bolnavi prin menținerea unei relative melodicității verbale, a unei mimici și gestici însuflețite. În realitate, vorbirea acestor bolnavi nu mai îndeplinește funcția de comunicare, fiind lipsită de orice coerență logică; cuvintele sau propozițiile înșiruindu-se aleator.

321. DIAM^(M) Canada ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → DIAZEPAM^(M) România.

322. DIANA — complex — sin. MASCULINITATE — complex ● Complex purtînd numele unui personaj mitologic, reprezentînd dorința, de cele mai multe ori inconștientă, a femeii de a fi bărbat, prin alegerea unor ocupații masculine sau prin manifestarea unor atitudini virile.



Diana de Versailles – Anonim

Diana, zeita vîntorii la romani, fiica lui Jupiter, obține de la tatăl ei permisiunea să nu se mărite niciodată. Jupiter îi dă o tolbă de săgeți și un cortegiu de nimfe și o face stăpîna pădurilor. Principala ei ocupație devine vîntoarea. → MASCULINITATE — complex.

323. **DIANOETIC** (cf. gr. *dianoia* „inteligentă, gândire”) ● Termen care se referă la facultatea gândirii discursive, argumentative sau la rezultatele acesteia, exprimate sub forma unor construcții teoretice sistematice.

324. **DIANOL^(M)** Italia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE), precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă (prin creșterea concentrației de acetilcolină) și valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

325. **DIAPAM^(M)** Finlanda, Turcia ^{sin.} → **DIAZEPAM^(M)** România.

326. **DIAPATOL^(MC)** Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se complementează :

- **CLORDIAZEPOXIDE^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- **AMITRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.

Are acțiune antidepressivă-anxiolitic-sedativă.

327. **DIAPAX^(M)** Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**.

328. **DIASECTRAL^(M)** Danemarca — DCI *Acebutolol* ● Betablocant de tip 3'-acetil-4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/butianilidă ; indicat în anxietate, sindroame psihovegetative simpaticotone, sevraj de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, senil sau apărut ca urmare a intoxicației cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

329. **DIATEZĂ** (cf. gr. *diathesis* „dispunere, aranjare”) ● Termen hipocratic care exprimă un tip uman premorbid cu o netă înclinație spre o anumită categorie de boii din cauza unei reactivități particulare (anormale) a țesuturilor, organelor, sistemului nervos vegetativ etc.

În medicina veche se întâlnește un mare număr de diateze, deseori fără o justificare științifică. În prezent, termenul este mai rar utilizat și limitat la unele anomalii metabolice și imunologice (alergice, exudativ-alergice, fibroblastice, gutoase, hemoragice, reumatis-

male, urațice, oxalice etc.). BRUGSCH consideră că termenul de diateză trebuie înlocuit cu cel de „anomalie constituțională”, „constituție anormală” sau „constituție morbidă”. După N. PENDE; diateza reprezintă o „dispoziție morbidă totală”, și nu o „constituție morbidă parțială”.

În psihiatrie (dar mai ales în neuropsihiatrie), unii autori (N. PENDE etc.) deosebesc următoarele diateze : neuroptică (datorată unei hiperexcitabilități a sistemului neurovegetativ), spasmofilică (spasmofilia idiopatică) etc.

330. **DIATRAN^(M)** Anglia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → **DIAZEPAM^(M)** România.

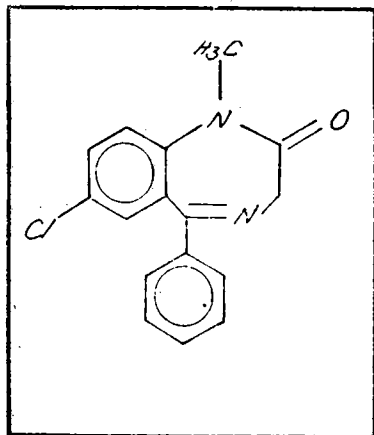
331. **DIATRASE^(M)** Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat diabenzo-cicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[a,d]-cicloheptenă- $\Delta^{5,7}$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

332. **DIAZACHEL^(M)** S.U.A. — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**.

333. **DIAZEBRUM^(M)** Franța ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → **NAPOTON^(M)** România.

334. **DIAZEPAM^(DC1) ; DIAZEPAM^(M)** România ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, introdus în clinică de RAMDALL (cel care introduse și **CLORDIAZEPOXIDUL**). Se absoarbe la nivelul tubului digestiv în două ore, transformându-se prin metabolizare în **OXAZEPAM**, și se elimină pe cale renală. Acțiunea sa se instalează rapid și este superioară **CLORDIAZEPOXIDULUI**, fiind : anxiolitică, sedativ-hipnotică, anticonvulsivantă, miorelaxantă și stabilizator neurovegetativă, ușor euforizantă. Are acțiune inhibitorie asupra contracțiilor uterine și este un inductor enzimatic. Are indicații numeroase care, în funcție de doză și de moment, pot cuprinde aproape întreaga psihopatologie. Efectele secundare sînt minime în cazul unei doze adecvate, constînd în somnolență, perturbare

a coordonării motorii, hipotensiune arterială, la doze mari sau sensibilitate deosebită. Contraindicațiile sînt reprezentate de miastenie, glaucom, intoxicație alcoolică. Este deosebit de periculos consumul de alcool în timpul trata-



mentului; sînt de menționat, de asemenea, potențarea neurolepticelor și posibilitatea apariției fenomenelor de abstenență la întreruperea bruscă a tratamentului. Constituie principiul activ pentru un număr impresionant (peste 200) de produși farmaceutici.

Cei mai bine cunoscuți sînt:

DIAZEPAM ^(M)	Austria, ¹ Brazilia, Columbia, Danemarca, Iugoslavia, Mexic, R.F.G., România, Spania;
STESOLID ^(M)	Egipt, Elveția, Danemarca, Finlanda, Norvegia, Olanda, Suedia;
VALIUM ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Coreea, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Portugalia, S.U.A., Spania, Suedia, R.F.G.

Alți produși similari, utilizați curent în diferite țări, sînt:

ALBORAL ^(M)	Mexic
ALISEUM ^(M)	Italia
AMIPROL NYCAPS ^(M)	Argentina
ANKSIYOLIN ^(M)	Turcia
ANSIOLIN ^(M)	Italia
ANXIUM ^(M)	Canada
ANZEPAM ^(M)	India
APAUURIN ^(M)	Iugoslavia
APOLLONSET ^(M)	Grecia

APOZEPAM ^(M)	Suedia
ARMONIL ^(M)	Argentina
ASSIVAL ^(M)	Israel
ATARVITON ^(M)	Grecia
ATENSINE ^(M)	Anglia
ATILEN ^(M)	Cehoslovacia
AUDIUM ^(M)	Grecia
AVAZEN ^(M)	Ecuador
AVEX ^(M)	Italia
BENSEDIN ^(M)	Iugoslavia
BEST ^(M)	Argentina
BIALZEPAM ^(M)	Portugalia
BORTALIUM ^(M)	Grecia
BRITAZEPAM ^(M)	Mexic
CALMOVITA ^(M)	Brazilia
CALMPOSE ^(M)	India
CANAZEPAM ^(M)	Canada
CONDITION ^(M)	Japonia
CUADEL ^(M)	Argentina
DECACIL PLUS ^(M)	Mexic
DEPOCALM ^(M)	Grecia
DIACEPLEX ^(M)	Spania
DIALAG ^(M)	Elveția
DIAM ^(M)	Canada
DIAPAM ^(M)	Finlanda
DIAPAX ^(M)	Japonia
DIAZ ^(M)	Israel
DIAZELONG ^(M)	Brazilia
DIAZEM ^(M)	Turcia
DIAZEMULS ^(M)	Anglia
DIAZEPAN ^(M)	Spania
DIAZETARD ^(M)	Brazilia
DIAZUM ^(M)	Venezuela
DIENPAX ^(M)	Brazilia
DIPAM ^(M)	Iugoslavia
DIPEZONA PLUS ^(M)	Argentina
DOMALIUM ^(M)	Spania
D-PAM ^(M)	Noua Zeelandă
DRENIAN ^(M)	Spania
D-TRAN ^(M)	Canada
DUCENE ^(M)	Australia
DUKSEN ^(M)	Ungaria
ENYOID ^(M)	Mexic
E-PAM ^(M)	Canada
EPANALIUM ^(M)	Grecia
ERIDAN ^(M)	Italia
ERITAL ^(M)	Canada
EUPHORIN ^(M)	Japonia
EUROSAN ^(M)	Elveția
EVACALM ^(M)	Anglia
FAUSTAN ^(M)	R.F.G.
FREUDAL ^(M)	Mexic
GEWACALM ^(M)	Austria
GIHITAN ^(M)	Japonia
GRADUAL ^(M)	Argentina
HORIZON ^(M)	Japonia
KIATRIUM ^(M)	Brazilia
KLARIUM ^(M)	Grecia

LAMRA^(M)
 LEGARIL^(M)
 LEMBROL^(M)
 LEVIUM^(M)
 LIBERETAS^(M)
 LIZAN^(M)
 LORINON^(M)
 MELPAZIL^(M)
 METAMIDOL^(M)
 MEVAL^(M)
 MOROSAN^(M)
 NEO-CALME^(M)
 NERVIUM^(M)
 NEUROLYTRIL^(M)
 NOAN^(M)
 NOVODIPAM^(M)
 PACITRAN^(M)
 PAXATE^(M)
 PAXEL^(M)
 PEALKIT^(M)
 PLIDAN^(M)
 PRANTAL^(M)
 PRO-PAM^(M)
 PSYCHOPAX^(M)
 QUETINIL^(M)
 QUIEVITA^(M)
 RELANIUM^(M)
 RELANSOL^(M)
 RELASAN^(M)
 RELIEZEN^(M)
 REMANSIL^(M)
 REVAL^(M)
 RIVAL^(M)
 SAROMET^(M)
 SEDANER^(M)
 SEDAPAM^(M)
 SEDIPAM^(M)
 SEDUXEN^(M)
 SERENACK^(M)
 SERENZIN^(M)
 SOLIS^(M)
 SOMASEDAN^(M)
 SONACON^(M)
 STEDON^(M)
 STRESS-PAM^(M)
 TENSOPAM^(M)
 TRANDYN^(M)
 TRANQUASE^(M)
 TRANQUIRIT^(M)
 UMBRIUM^(M)
 UNISEDIL^(M)
 USEMPAX^(M)
 VALCAPS^(M)
 VALIAPAN^(M)
 VALIBRIN^(M)
 VALITRAN^(M)
 VALOI^(M)
 VALOMIN^(M)

R.F.G.
 Mexic
 Argentina
 Olanda
 Spania
 Turcia
 Australia
 Brazilia
 Portugalia
 Canada
 Elveția
 Canada
 Turcia
 R.F.G.
 Italia
 Canada
 Mexic
 Brazilia
 Canada
 Japonia
 Argentina
 Grecia
 Noua Zeelandă
 Austria
 Italia
 Italia
 Polonia
 Columbia
 Mexic
 Japonia
 Mexic
 Grecia
 Canada
 Argentina
 Mexic
 Anglia
 Finlanda
 Ungaria
 Canada
 Japonia
 Anglia
 Argentina
 Canada
 Grecia
 Canada
 Finlanda
 Mexic
 R.F.G.
 Italia
 Austria
 Portugalia
 Brazilia
 Franța
 S.U.A.
 Turcia
 Italia
 Grecia
 Coreea

VALRELEASE^(M)
 VALUZEPAM^(M)
 VATRAN^(M)
 VICALMA^(M)
 VIDALEN^(M)
 VIVAL^(M)
 VIVOL^(M)
 WILPAN^(M)
 ZEPAM^(M)

S.U.A.
 Coreea
 Italia
 Portugalia
 Mexic
 Norvegia
 Canada
 Venezuela
 Turcia

335. DIAZEPINA^(M) Argentina — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

336. DIAZEPOXIN^(M^C) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează :

- CHLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- NORTRIPTILINE^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic.

Are acțiune antidepresiv-anxiolitică.

337. DIAZEPRIN^(M^C) Grecia ● Produs terapeutic care conține două tranchilizante care își completează acțiunea :

- MEPROBAMAT^(M) — derivat propanediolic ;
- DIAZEPAM^(M) — derivat benzodiazepinic.

Are acțiune sedativ-anxiolitic-miorelaxantă.

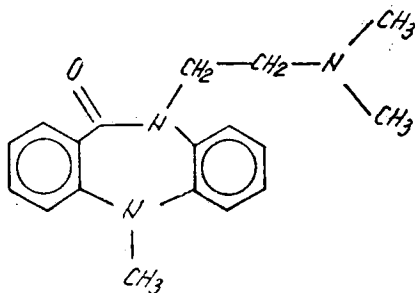
338. DIAZIL^(M) U.R.S.S. — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilate, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este important să se aibă în vedere acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

339. DIAZUM^(M) Venezuela ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic ^{sin.} → DIAZEPAM^(M) România.

340. DIBĂCIE — sin. DEXTERITATE ? INGENIOZITATE ? ISCUSINȚĂ ? INDEMINARE ^{sin.} → ABILITATE.

341. DIBENZEPINE^(DCI) ● Derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-/- (dimetilamino)etil-/5,10-

metil-11H-dibenzo[b,e][1,4]diazepin-11-onă — structură asemănătoare cu a tranchilizantelor benzodiazepinice; este considerat un timoleptic de valoare medie, acțiunea sa fiind dublată de valențe sedativ-anxiolitice, iar după alți



autori, un tranchilizant cu valențe antidepressive; ambele variante îi conferă o gamă largă de utilizare, atât în nevrozile cu componentă depresivă, cit și în depresiile de intensitate medie. Buna sa toleranță îl face util în tratamentul depresiilor la vîrstnici. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

Cel mai cunoscut este:

NOVERIL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Iugoslavia, Italia, Japonia, Olanda, R.F.G., Turcia.

Alți produși farmaceutici:

ANSIOPAX ^(M)	Portugalia
DEPREX ^(M)	Danemarca
ECATRIL ^(M)	Franța
EODIL ^(M)	Coreea
NEODALIT ^(M)	Suedia
NEODIT ^(M)	Finlanda
NOVERIL MITE ^(M)	R.F.G.
NOVERIL RETARD ^(M)	Iugoslavia
NOVERIL TR ^(M)	Belgia
NOVERIL 240 TR ^(M)	Elveția
SEDATIPLEX ^(M)	Grecia
VICTORIL ^(M)	Israel

342. DIBUTIL^(M) R.F.G. — DCI, *Profenamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă și antihistaminică.

343. DICEL^(M) Spania — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-(α -metilfenetil) amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene; utilizat în com-

baterea obezității consecutivă utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

344. DICEPLON^(M) Japonia — DCI *Spiclo-mazină* ● Neuroleptic sedativ, cu structură și acțiune apropiată (discret mai modestă) derivaților aminofenotiazinici, de tip 8-/3-(2-cloro-10-fenotiazinil)propil/-1-tia-4,8-diazaspiro/4,5/ decan-3-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică.

345. DICHEFOBIE^(P) (cf. gr. *dichazō* „a împărți în două, a separa, a diviza”; *phobos* „frică”) ● Teamă exagerată și nemotivată, trăită dureros, față de instanțele de judecată, înțilnită la personalități psihastenice, isterice, imature; poate fi asociată cu idei de urmărire și persecuție, în psihoze paranoide de coloratură depresivă.

346. DIDE-BOTCARO^(S) *sindrom* sin. BOTCARO^(S) *sindrom*. ● Amnezie de fixare, confabulație și cecitate verbală pură; datorate ramoliției bilaterale a lobului occipital. Descriș în 1902.

347. DIDEROT Denis (1713—1784) ● Filozof materialist, scriitor, moralist și estetician francez, unul dintre cei mai de seamă luminiști, inițiator și redactor principal al „Enciclopediei franceze”; DIDEROT s-a situat pe poziții net materialiste, afirmind existența obiectivă a materiei că substanță unică a lumii. El consideră ca senzația este o proprietate a materiei, iar gîndirea o formă dezvoltată a sensibilității. Ideile sale sînt caracterizate și prin remarcabile teze dialectice. El s-a apropiat de ideea automișcării materiei, a privit conștiința ca o însușire a materiei superior organizate și a anticipat evoluționismul.

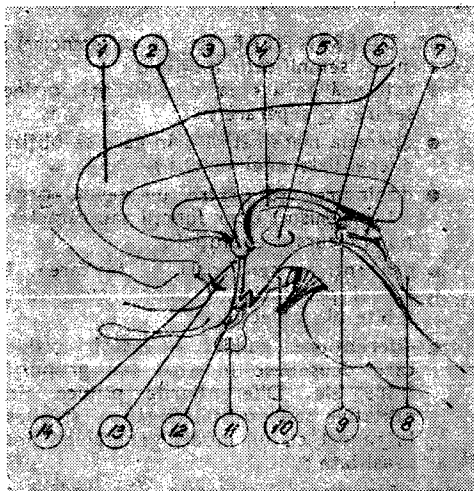
DIDEROT a enunțat concepția depre rolul mediului social în formarea personalității, pledînd pentru transformarea „rațională” a mediului. A fost anticlerical, critic al spiritului dogmatic promovat de religie. În estetică a pledat pentru realism, pentru apropierea artei de viață. Opera literară a lui DIDEROT se remarcă prin arta modernă a narației, prin verva științietoare, prin caracterul ei eseistic. Opere principale: „Cugetări filozofice”, „Convorbiri dintre d'Alembert și Diderot”, „Neputul lui Rameau”, „Despre poezia dramatică” ș.a.

348. DIDREX^(M) Anglia, SUA — DCI *Benzfetamină* ● Psihostimulent, derivat fenetilaminat de tip N-benzil-N- α -dimetilfenetilamină, cu performanțe marcate anorexigene.

349. DIENCEFAL (cf. *dia-*; *enkephalos* „creier”) — sin. CREIER INTERMEDIAR ● Structură complexă, autonomă, individualizată anatomic și funcțional, care realizează, în același timp, o barieră și un sistem de conexiune între cortexul cerebral și etajele inferioare ale axului cerebro-spinal. Format din mase de substanță cenușie, diencefalul este centrul superior de reglare a funcțiilor vegetative și integrative, centru secretor și stație de releu pe traseul căilor senzitive și motorii.

Structurile anatomice care intră în alcătuirea diencefalului sînt:

- hipotalamusul, centru de integrare și control pentru activitățile vegetative, centru de control al activității endocrine și al comportamentului afectiv. Primind informații somatice și vegetative de la periferie, de la sistemul limbic și scoarta cerebrală, hipotalamusul influențează toate manifestările somatice și vegetative



1 - Girus cinguli; 2 - comisura anterioară; 3 - fornix; 4 - foramen Monroi; 5 - massa intermedia; 6 - comisura habenulară; 7 - glanda pineală; 8 - corp cvadrigemen; 9 - comisura posterioară; 10 - corp mamilar; 11 - hipofiza; 12 - chiasma; 13 - aria paraolfactivă; 14 - girus subcalos.

ale stărilor afectiv-emoționale, activitatea endocrină și corticală. Complexitatea structurală și funcțională a hipotalamusului și numeroasele sale conexiuni explică influențele marcate pe care drogurile psihotrope le exercită la acest nivel, precum și influențele remarcabile ale

stressului, stărilor afectiv-emoționale asupra funcțiilor hipotalamusului. Un exemplu concret îl constituie neurolepticele ale căror acțiuni afectează în mare măsură funcțiile hipotalamice (termoreglarea, neurosecreția, controlul funcțiilor vegetative, controlul bioritmurilor etc.). Este de menționat acțiunea blocantă alfa-adrenergică și dopaminergică a neurolepticelor la nivel hipotalamic, soldată cu tulburări endocrine (galactoree determinată de hiperprolactinemie, amenoree etc.), metabolice (tendință la depășire ponderală) și hipotermizantă;

- talamusul, format din grupuri de nuclee care asigură funcția de releu pe traseul căilor sensibilităților specifice, funcția motorie integrativă și funcții nespecifice legate de ritmul nictemeral și de procesele afectiv-emoționale; este implicat mai ales în patologia neurologică;
- metatalamusul — stație de releu pe calea optică (corp geniculat lateral) și pe calea auditivă (corp geniculat medial);
- epitalamusul — structură rudimentară formată din nuclee conectați la ariile olfactive și la epifiza, împreună cu care formează complexul epitalamo-epifizar.

350. DIENPAX^(M) Brazilia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M) România.

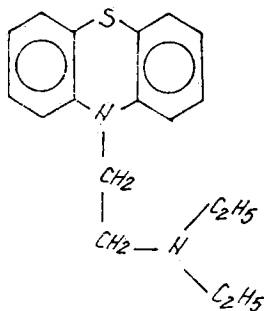
351. DIEPINI^(M) Brazilia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică; are o singură contraindicație — miastenia.

352. DIEPROPON^(M) — Norvegia DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și cu efect anorexigen apropiat FENMETRAZINEI. Nu se asociază cu IMAO. În timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 3—6 ore. Se

poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

353. DIETAMINE^(M) SUA — DCI Amfetamină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (+)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizând un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia; poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

354. DIETHAZINE^(DCI) ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-diethylaminoetil) fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în trata-



mentul psihogeniilor și al afecțiunilor psihosomatice. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ANTIPAR^(M) Italia
 APARKAZIN^(M) Ungaria
 CASANTIN^(M) RFG
 DEPARKIN^(M) Cehoslovacia
 DINEZIN^(M) URSS
 DIPARCOL^(M) Franța
 ETHYLEMIN^(M) Japonia
 LATIBON^(M) RFG
 PARKAZINE^(M) Ungaria
 THIANTRAN^(M) RDG

355. DIFERENȚĂ SPECIFICĂ (cf. lat. *differentia* „diferență”) ● Notă (caracteristică, atribut) prin care specia de definit se deosebește de celelalte specii cuprinse în genul lor proxim. În definiția „triunghiul dreptunghic este acel triunghi avînd un unghi drept”, cu-

vintele subliniate indică diferența specifică prin care triunghiul dreptunghic se deosebește de cele ascuțitunghice sau obtuzunghice.

356. DIFERENȚIALĂ — psihologie ● Ramură a psihologiei care se ocupă cu studii comparative al diferențelor psihologice (de ordin intelectual, aptitudinal, caracterial etc.) dintre indivizi și al variabilității acestora în grupuri omogene sau heterogene. Termenul a fost introdus în anul 1900 de W. STERN. Aria de investigare a psihologiei diferențiale este foarte largă: orientare școlară și profesională, selecție profesională, criminologie etc.

357. DIFERENȚIATE^(M) halucinații (cf. fr. *différencier*). ● Halucinații auditive simple în care, spre deosebire de cele elementare, subiectul reușește să distingă (și să poată preciza) apartenența sunetelor, legîndu-le întotdeauna de o „sursă” (întotdeauna un obiect — MARCHAIS).

358. DIFERENȚIERE (cf. fr. *différencier*) ● Termen cu semnificații multiple:

- acțiunea de a crea o diferență, o deosebire, o separare;
- operația matematică prin care se obține diferențiala unei funcții;
- dobîndirea (de către un țesut, organ sau organism) unor funcții sau caractere noi în cursul evoluției;
- diferențiere senzorială — sesizarea, în cadrul percepției, a unor însușiri deosebite ale obiectelor;
- diferențierea psihică — însușiri psihice care deosebesc indivizii sau grupurile între ele. Diferențierile psihice sînt calitative sau cantitative și se stabilesc în raport cu un model general de personalitate;
- diferențiatorul semantic — metodă propusă de C. OSGOOD (1954), constînd în indicarea unor cuvinte pe care subiectul trebuie să le aprecieze în raport cu o axă bipolară: frumos-urît, ascuțit-rotund, rece-cald etc. și se obține astfel o imagine a sferei semantice a cuvîntului respectiv. Metoda a fost aplicată în studii efectuate asupra personalității, precum și în studii de psihologie socială.

359. DIFLUENȚA (cf. lat. *diffluere* „a curge în toate părțile, a se revărsa”) ● Înlouirea discursivității obișnuite a gîndirii și vorbirii prin propoziții și idei asociate la întîmplare, cu dispersia atenției asupra unor chestiuni

secundare sau intervenite accidental. Poate fi întâlnită în demență, stări confuzionale, manie.

360. DIFORENE^(M) Franța, Portugalia — DCI Deanol *p*-acetamidobenzoat ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă (prin creșterea concentrației de acetilcolină) și valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ; are acțiune proconvulsivă.

361. DIFOSFOCIN^(M) Italia — DCI Citi-colină ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

362. DIFUZIA IDENTITĂȚII⁽⁸⁾ sindrom (cf. lat. *diffusio* „revărsare, împrăștiere”) ● Sindrom descris recent de AKHTER (1985), care delimitează următoarele caracteristici clinice :

- trăsături caracteriale contradictorii ;
- discontinuitate temporară a personalității ;
- lipsă de autenticitate ;
- sentimentul de vid interior ;
- dispoziție de tip disforic ;
- relativism excesiv etic și moral.

Poate apare în circumstanțe patologice grave și face o notă distinctă în patologia adolescenței (criza adolescentină de identitate). După opinia autorului american, conceptul are o deosebită însemnătate în diagnosticul și în psihoterapia tulburărilor de identitate.

363. DIGTON^(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-*o*-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile generale ale NL incisive (endogenii), fiind în același timp util în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în unele afecțiuni psihosomatice (ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij — în special de tip Menière). Are efecte secundare comune NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

364. DIHOTOMIE (cf. gr. *dichotomia* „împărțire în două părți egale, dedublare”) ● Sub aspect logic, diviziune a unei noțiuni (unui gen) în doi membri (două specii), de

regulă contradictorii, care, împreună, epuizează sfera noțiunii (speciei) respective. De exemplu, orice număr întreg este par sau impar.

ARISTOTEL a utilizat termenul pentru a denumi absolutizarea, ZENON din Elea — divizibilitatea spațiului, ca prim argument menit să demonstreze imposibilitatea logică a mișcării. Dihotomizînd la infinit spațiul, ZENON afirmă că orice obiect în mișcare trebuie să atingă mai întii jumătatea distanței de parcurs și, înainte de aceasta, jumătatea jumătății și mereu astfel, fără limită, argumentul său bazat pe dihotomizare mizînd pe incomprehensibilitatea divizunii la infinit.

365. DIKICONI^(M) Spania ● Psihostimulent citicolinic → DIFOSFOCIN^(M) Italia.

366. DILEMĂ (cf. gr. *dilemma* „dilemă”) ● Tip de raționament silogistic, în care premisele sînt judecări ipotetice și disjunctive, iar concluzia poate fi o judecată categorică sau disjunctivă. În clasificarea dilemei sînt dissociate următoarele tipuri :

- Dileme simple, în care una dintre premise este o judecată disjunctivă, afirmînd două alternative, numite „coarnele dilemei” ; celelalte două premise sînt judecări ipotetice, cu același consecvent, fiecare din ele avînd ca antecedent una dintre alternativele din prima premisă. Concluzia dilemei simple este o judecată categorică.
- Dileme complexe (compuse), care au ca premise judecări ipotetice cu consecvent diferit, concluzia fiind o judecată disjunctivă.
- Atît dilemele simple, cît și cele compuse pot fi constructive (atunci cînd se trece de la afirmarea antecedentului în premise la afirmarea consecventului în concluzie) sau distructive (atunci cînd se trece de la negarea consecventului în premise la negarea antecedentului în concluzie) :

a. dilemă simplă constructivă :

Dacă A atunci C, dacă B atunci C
A sau B
C

Exemplu : Dacă îi critici pe alții, greșești, dacă nu-i critici, greșești.

Ori, sau îi critici, sau nu îi critici pe alții. Prin urmare, greșești.

b. dilemă simplă distructivă :

Dacă A atunci B, dacă A atunci C
Nu B sau C
Nu A

Exemplu : Dacă iubești, te simți mai tinăr, și dacă iubești curajul și se înteește.

Ori nu te simți nici tinăr și nici curaj nu ai.

Prin urmare, nu iubești.

b. dilemă complexă constructivă :

Dacă A atunci C, dacă C atunci D

A sau C

B sau D

Exemplu : Dacă e frig îmi pun paltonul, iar dacă vremea se îmblinzește ies în talie.

Ori, sau e frig, sau se încălzește.

Prin urmare, îmi pun paltonul sau ies în talie.

d. dilemă complexă distructivă :

Dacă A atunci B, dacă C atunci D

Nu B sau nu D

Nu A sau nu C

Exemplu : Dacă sint alcoolici, îmi tremură mâinile sau dacă sint intoxicați tabagic gîfii cînd urc scările.

Ori nu-mi tremură mâinile sau nu gîfii la efort.

Prin urmare nu sint alcoolici sau intoxicați cu tutun.

Bine alcătuite, dilemele au o forță demonstrativă deosebită și un efect oratoriu considerabil. Printre dilemele celebre poate fi amintit raționamentul califului Omar, ajuns în fața faimoasei biblioteci din Alexandria. Corect din punct de vedere logic, dar nefast sub aspect istoric și cultural, califul a formulat următoarea dilemă complexă constructivă : dacă aceste cărți cuprind aceeași învățătură ca și Coranul, atunci ele sint de prisos ; dacă învățătura lor contrazice Coranul, atunci sint păcătoase și dăunătoare. Ori ele sau conțin doctrina Coranului, sau o doctrină diferită. Prin urmare, cărțile acestea sint de prisos sau păcătoase și dăunătoare. După acest raționament, implacabilul calif decide distrugerea bibliotecii prin foc, recurgînd la o dilemă simplă constructivă : dacă aceste cărți sint de prisos, atunci trebuie să fie arse ; dacă aceleași cărți sint păcătoase și dăunătoare, atunci trebuie să fie arse. Ori aceste cărți sint sau de prisos, sau păcătoase și dăunătoare. Prin urmare ele trebuiesc să fie arse.

În limbajul comun, prin dilemă se înțelege ezitarea individului în fața unei alternative, starea de indecizie fiind întreținută de echilibrul între argumentele pro și contra ce susțin

sau, dimpotrivă, resping fiecare dintre soluțiile alternative.

În psihopatologie această stare de indecizie este frecventă în nevroza obsesională, la personalitatea psihastenică. La personalitățile dizarmonice de tip isteric, alegerile sint de obicei rapide, nefiind precedate de ezitări. În general sint caracterizate ca ezitante personalitățile introverte, persoanele timide (comportament defensiv, anxios, cu evitare a deciziilor). Dilema, ca o conduită a ezitării exprimă dificultăți de adaptare socială, nesiguranță, eventual complex sau sentiment de inferioritate ; ea poate avea deci o semnificație defensivă, după cum intreruperea bruscă a ezitării nu revine cu necesitate la o rezolvare eficientă a situației, ci poate avea semnificație compensatorie.

367. DILYN)^(M) SUA — DCI *Guaifenesin* ● Tranșilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

368. DIMAFENI)^(M) Italia — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică de tip N-etil-metil-m-(trifluorometil)fenetilamină ; există pericolul dependenței.

369. DIMENOL)^(M) Spania — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei cu acțiune psihostimulentă (prin creșterea concentrației de acetilcolină) și valențe anti-depresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ; are acțiune proconvulsivă.

370. DIMPNA sau DYPHNE ● Personaj legendar, de numele căruia se leagă inițierea unei forme noi de asistență a bolnavilor psihici, apărută la începutul secolului al XIX-lea la Gheel, în Belgia. Legenda își are originea în secolul al VI-lea sau al VII-lea, Gheel-ul fiind locul de refugiu al DIMPNEI — prințesă irlandeză urmărită de tatăl ei (tentative incestuoase), care în final o găsește și o omoară, mormîntul ei devenind loc de pelerinaj. Se construiește aici o originală biserică, cu o anexă numită „camera nebunilor“, întrucît marea majoritate a pelerinilor erau alienați. La finele secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea numărul lor fiind mare (peste 600), se decide încredințarea lor familiilor din satul Gheel (peste 10 000 locuitori în 1804) și astfel ia naștere prima „colonie terapeutică“. Apar însă și abuzuri, datorate lipsei de control, abandon, o ergoterapie

prea energică și chiar vînzarea nebunilor" de către „tăranii, pe cit de ignorați, pe atît de lacomi”.

Deși modelul generează „coloniile familiale ale secolului al XIX-lea”, legea belgiană din 18 iunie 1850 interzice această practică și înființează spitalul din Gheel sub control medical, instituție care redevine subiect de discuție în septembrie 1944, cînd internații acestui stabiliment apar între liniile de luptă anglo-germane și duc la o scurtă încetare a focului din motive umanitare.

371. **DINAMIC** (cf. gr. *dynamis* „putere”) ● Termenul desemnează, în psihologie și psihiatrie, o mișcare continuă, prin acțiunea exercitată de o forță sau de un grup de forțe, în conflict și/sau interacțiune, avînd ca efect o stare emoțională, îndeplinirea unui act motor, elaborarea unei idei, apariția unui simptom sau a unei tulburări emoționale. Aceste forțe dinamice în interacțiune se manifestă sub formă de impulsuri, dorințe, trebuințe, aspirații, mecanisme de apărare etc. Interacțiunea acestor forțe și intensitatea lor sînt considerate ca factori decisivi în formarea personalității și în manifestarea comportamentală a individului, determinînd modalitatea sa de adaptare. Dinamica psihică este privită de obicei în perspectiva dezvoltării, omul fiind o ființă în permanentă schimbare, adaptare sau readaptare la solicitările mediului în care trăiește. Pentru a ajunge la cunoașterea dinamicii psihice a unui individ, este necesară o cercetare sistematică a istoriei lui, a anumitor modalități de reacție manifestate pe parcursul dezvoltării sale, a situațiilor de criză și a comportamentelor sale în aceste situații, a conflictelor sale mai mult sau mai puțin conștiente. Într-o mare măsură, forțele psihodinamice pot avea un caracter inconștient. Ele sînt dezvăluite prin intermediul curei analitice, iar conștientizarea lor poate avea ca efect înlăturarea unui simptom sau apariția unui mod de comportament nou, mai bine adaptat → **MECANISME DE ADAPTARE ; REFULARE ; APARAT PSIHIC**.

372. **DINAMICA GRUPURILOR** (cf. gr. *dynamis*) ● Abordarea interrelațiilor care se stabilesc la nivelul grupurilor umane, subiect de actualitate pentru psihoterapie, necesită o serie de delimitări teoretice și metodologice, pentru a putea restrînge demersul la grupul restrîns sau grupul mic. Acest grup exclude banda, mulțimea, grupările și grupurile secundare (sau instituționale). Grupul restrîns sau grupul mic este acel tip de grup în care

numărul restrîns de membri permite fiecăruia dintre ei să perceapă și să fie perceput de toți ceilalți membri ai grupului ; în interiorul lui interdependența scopurilor permite coeziunea. Interdependența rolurilor și emergența relațiilor de afinitate, ca și a reacțiilor afective, sînt, după ANZIEU, condițiile esențiale de definiție, la care se adaugă constituirea de norme, credințe și semnale proprii grupului. Modelele lewiniene de studiu constau în a considera viața grupului ca „rezultanta fostelor procese și mișcări care trebuie verificate și măsurate cit mai precis” (MAISONNEUVE). K. LEWIN și-a propus ca din determinantele grupului să deducă determinantele individuale, deoarece, pe de o parte, grupul poate fi realizat și experimental, iar pe de altă parte, variabilele grupului pot fi controlate. Grupul fiind definit ca un ansamblu de elemente interdependente, LEWIN studiază eficiența grupului condus de lideri autocrați față de cel cu lider democratic, constatînd nu numai dependentă, ostilitate, agresivitate, în cazul primului tip de grup, ci și o netă lipsă de originalitate și un randament mai scăzut. Cu toată rigoarea lor metodologică și teoretică, lucrărilor lewiniene li s-au adus critici legate de caracterul empiric al experiențelor de „manipulare” comportamentală, de scotomizare a proceselor afective. KAES vorbește chiar de o iluzie grupală care rezultă dintr-un mit științific.

J. L. MORENO, bazîndu-se pe conceptul de spontaneitate creatoare și pe observațiile pe care le face cu ocazia terapiei psihodramatice, stabilește o serie de criterii și principii, referitoare la legile sociodinamicii :

- legea sociogenetică (cele mai complexe forme de organizare se realizează ca și cele mai simple) ;
- legea dinamicii (izolații „sociometrici” au tendința de a rămîne izolați în structurile sociale formale, cu atît mai mult cu cît numărul contractelor sociale este mai mare) ;
- legea gravitației sociale (există un raport între atracțiile și respingerile dintre două grupuri care se „deplasează” unul către altul).

Sociometria măsură afinitățile interpersonale, dinamica, manipularea și perceperea lor. Unul dintre principiile psihanalizei lui FREUD este bazat pe afirmația că pentru un individ „celălalt” joacă rolul de model al unui obiect, al unui asociat sau al unui adversar. În acest spirit, după M. PAGES, viața grupului apare ca „un efort solidar pentru a stabili o apărare

colectivă contra angossei". Identificarea cu grupul reprezintă forma cea mai veche de legătură afectivă. Psih analiza afirmă acțiunea dinamică, la nivelul grupului, a unei adevărate rețele de transferuri, identificări, de proiecții și de introiecții, pe care terapeutul le poate identifica și orienta. Melanie KLEIN depășește concepția freudiană, oprită la fantezmele oedipiene, pentru a folosi dinamica grupului în terapie. Studiile cele mai recente ale psihanalizatorilor consideră activitatea grupului ca o dezbateră cu fantezmele subiacente, mîscînd și relevînd totodată pregnanța activității fantezmatice în existența subiectului.

În practica psihiatrică, dinamica grupului este folosită ca agent terapeutic, fie că este vorba de psihodramă sau psihoterapie de grup (între care cea analitică își au deja un loc aparte), fie că este vorba de cluburi terapeutice care permit o reinscriere gradată, începînd cu adaptarea la relațiile microculturale.

373. DINAMICA PERSONALITĂȚII ● Personalitatea umană poate fi considerată, după PICHOT, ca organizare dinamică a aspectelor cognitive, conative și morfofiziologice ale individului. Oricare dintre domeniile personalității individuale trebuie studiat în raport cu structura, dinamica și geneza sa, aceasta fiind singura modalitate de a-l face inteligibil. Cercetarea aspectului dinamic al structurii de personalitate constă în „analiza forțelor care determină evoluția structurii personale și adaptarea sa generală”.

„Aparatul psihic este teatrul unei intense circulații de afecte” (PELICIER), care sînt modelate fără oprire, remaniate și deplasate. În cadrul acestei deplasări se produce o permanentă confruntare între forțele pulsionale și apărările Eului. Noțiunea de conflict are un caracter esențial în înțelegerea dinamicii personalității, în sensul caracterului inseparabil al cuplului conflict/pulsioni. Conflictul survine fie între pulsioni contradictorii, fie între instanțele diverse ale aparatului psihic.

Psih analiza leagă complexul Oedip de dinamica unor conflicte ulterioare pe care acesta le structurează sau le determină. Analizînd raportul dintre conflictele actuale, dispoziția psihologică și traumele anterioare, precum și expresia lor comportamentală, J. MASSERMAN dezvoltă principiile psihiatricei dinamice (1956). Acestea reunesc atît noțiunile psihanalitice referitoare la organizarea personalității, cît și corelatele biodinamice privitoare la comportament. Corelația și interrelația spațiu-timp joacă un rol deosebit, după acest autor, în descrierea fenomenelor psihice.

374. DINAMICĂ — psihologie ● Teorie care caută să explice comportamentul prin interacțiunea unor forțe interne ca : pulsioni, trebuințe, motive, dorințe. În concepția unor asemenea teorii, aceste forțe constituie sursa dinamogenă, energetică a comportamentului, care îl orientează spre un scop specific și îl menține la un anumit nivel de activare pînă la realizarea aceluia scop. Una din teoriile psihodinamice care utilizează conceptul de trebuință este cea elaborată de K. LEWIN. Trebuințele, în concepția autorului, sînt forțe a căror energie inițiază orice acțiune. Trebuințele sînt legate de obiectele din mediu care pot avea semnificații (valențe) pozitive sau negative. O altă teorie în care conceptul de trebuință are un rol central este cea a lui H. MURRAY. Și aici trebuința este considerată ca forță care stă la originea acțiunii. În general, teoriilor care utilizează noțiunea de trebuință le este comun faptul că scot în evidență relația dintre satisfacerea trebuinței și reducerea tensiunii psihice a organismului.

375. DINAMISM (cf. gr. *dynamis* „putere”) ● Concepție idealistă care consideră că factorul primordial al existenței nu este materia (înțelesă ca substanță), ci mișcarea sau forța pură. Principalii reprezentanți ai acestei concepții în tradiția filozofică sînt LEIBNIZ și SCHELLING. La sfîrșitul secolului al XIX-lea dinamismul a renăscut sub forma energetismului, inițiat de către W. OSTWALD, care susține că substratul ultim al realității fizice îl constituie nu structurile atomice, ci fluxurile sau cîmpurile energetice, capabile de substanțializare în particule materiale.

376. DINEZIN^(M) U.R.S.S. — DCI Dietazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Este eficient numai în tratamentul psihogenilor și în afecțiuni psihosomatice.

377. DININTEL^(M) Franța — DCI Clobenzorex ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-(o-clorbenzil)- α -metilfenetilamină, recomandat pentru bunele efecte în combaterea și corectarea unor inconveniente ale curei NL îndelungate (obezitate, adinamie) → PSIHSTIMULENTE.

378. DINOFOBIE^(P) (cf. gr. *dinos* „virtej” ; *phobos* „frică”) ^{sin.} → VERTIGOFOBIE^(P).

379. DINSIDON^(M) Chile — DCI Opipramo ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzaze-

pinic de tip 4-/3-(5H-dibenz/b,f/azepin-5-il) propil-1-piperazin etanol, cu acțiune antidepressivă medie, dar bun anxiolitic și sedativ hipnotic, fapt pentru care este considerat de către unii autori tranchilizant cu acțiune antidepressivă. Nu se va asocia totuși cu IMAO.

380. **DIOCURB^(M)** S.U.A. — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină — amină simpaticomimetică; indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

381. **DIogene^(S) sindrom** ● Sindrom (descriș de școala de psihiatrie americană Mc MILLAN — 1966) la persoane de vîrstă înaintată, care duc o viață singuratică, extrem de neîngrijită, o veritabilă subziștență (deși, uneori, după decesul lor, se găsesc sume mari de bani). Acești bolnavi sînt suspicioși, iritabili, agresivi, refuză orice contact sau ajutor. Hrana se restrînge la un nivel subminim, ceea ce le reduce extrem de mult rezistența față de bolile somatice și creează supramortalitate (A. M. CLARK, G. GRAY).

Numele sindromului a fost inspirat de numele filozofului grec DIOGENE, fondatorul școlii cinicilor, cunoscut pentru viața extrem de austeră pe care o ducea, mergînd pînă acolo încît și-a amenajat locuința într-un butoi de lut.

382. **DIOLENE^(M)** Italia — DCI *Carisoprodo* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamate isopropil-carbamate, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

383. **DILOXAL^(M)** S.U.A. — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

384. **DIONISIAC** (Dionysos — zeu grec al viței de vie, vinului și beției) ● Termen consacrat în estetica și filozofia culturii de lucrarea lui F. NIETZSCHE : „Nașterea tragediei din spiritul muzicii” (1872). Prin analogie cu reprezentarea mitologică a lui Dionysos, zeul elin al dansului extatic, al beției neînfrînate și al delirului orgiastic, principiul proteic al dinamismului orb, înconștient și lipsa de măsură, dionisiacul este un tip de personalitate la care dominanța o reprezintă un anumit gen de creație spirituală, dominată de dezordine, haos, anarhie, mascate de un dinamism care, în fond, reprezintă dizarmonie în acțiune; este o creație distructivă,

pigmentată cu impulsuri abisale, patos și senzualitate, realizînd un decor care la prima vedere poate oferi extroverție și bonomie. În concepția lui NIETZSCHE, dionisiacul formează o desăvîrșită unitate cu apolinicul — principiul formei echilibrate, al măsurii și ordinii instituite de calmul și seninătatea contemplării, principii simbolizat de Apollo, zeul luminii și armoniei, personificînd rigoarea gîndirii și înariparea visului. Expresia cea mai înaltă a contopirii acestor două principii se întruchipează în epopeea homerică și în marile tragedii ale Greciei antice.

385. **DIPAM^(M)** Iugoslavia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M)

386. **DIPARCOL^(M)** Anglia, Franța ● *Neurosin*.
leptic, sedativ, derivat fenotiazinic →
DINEZIN^(M) U.R.S.S.

387. **DIPAZ^(M)** Ecuador ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic →
DIAZEPAM^(M) România.

388. **DIPHENIN^(M)** U.R.S.S. — DCI *Fenitoinum* →
FENITOIN^(M) Romania.

389. **DIPHERGAN^(M)** Polonia — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

390. **DIPLEGIE CEREBRO-CEREBELOASĂ CLARK** (cf. gr. *dis* „de două ori”; *plege* „lovitură”) — sin. AMIOTONIE GENERALIZATĂ; ASTATIC-ATONIC^(S) sindrom; ATONIE ASTATICĂ; DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ; FÖRSTER^(B) boală ● Este una din varietățile clinice ale encefalopatiei infantile, de etiologie încă nedeterminată, care apare la nou-născut, caracterizată prin flacciditate musculară și laxitate articulară anormală, fără atrofii și fără alterații de motilitate voluntară, cu excepția astazoabaziei.

Trăsătura clinică fundamentală a sindromului aton encefalopatic sechelar (boala lui Förster) este hipotonia-atonie generalizată. Reflexele osteotendinoase sînt exagerate, uneori apare

semnul lui Babinski. Tabloul clinic se manifestă din primele zile, când nou-născutul nu se comportă motor conform acestei perioade (mişcări spontane).

Diagnosticul sindromului encefalopatic sechelar aton este relativ dificil. Asocierea unei retardări psihice, a semnelor piramidale și a crizelor convulsive fac posibilă diferențierea de alte sindroame atonice ale sugarului.

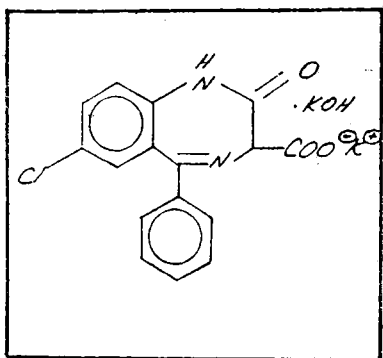
Tratamentul vizează recuperarea motorie, prevenirea agravărilor și combaterea unor complicații.

391. DIPLEGIE SPASTICĂ INFANTILĂ

sin.

→ LITTLE^(B) boală.

392. **DIPOTASSIUM CLORAZEPATE^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță



cit și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare. Constituie principiul activ pentru numeroși produși farmaceutici, dintre care cei mai cunoscuți sînt:

TRANXENE^(M) Anglia, Belgia, Canada, Franța, Grecia, Olanda, S.U.A. ?

TRANXILIUM^(M) Argentina, Austria, Elveția, R.F.G., Spania.

Alți produși avînd la bază același principiu activ sînt cunoscuți sub numele:

ANSIOPAZ^(M) Peru
ANXIDIN^(M) Finlanda
AUDILEX^(M) Grecia
BELSEREN^(M) Belgia
BELSERENE^(M) Mexic
COVENGAR^(M) Argentina
ENADINE^(M) Argentina
FLAMINA^(M) Argentina
MEDIPAX^(M) Portugalia

MENDON^(M) Japonia
MODERANE^(M) Argentina
NANSIUS^(M) Spania
NEVRACTEN^(M) Mexic
PSICOPAZ^(M) Ecuador
TENCILAN^(M) Argentina
TRANEX^(M) Iugoslavia
TRANSENE^(M) Italia
TRANXEN^(M) Danemarca
TRANXENE-SD^(M) S.U.A.
TRANXILEN^(M) Suedia
TRANXILENE^(M) Franța
TRANXILIUM^(M) Spania
UNITRANXENE^(M) Belgia
VERAX^(M) Mexic.

393. **DIPOLDISM** ● Variantă a sadismului sexual, al cărei nume a fost inspirat de cel al studentului jurist Andreas Dippold, care, în scopul obținerii plăcerii sexuale, și-a omorît elevul pe care-l medita.

394. **DIPRAZIN^(M)** U.R.S.S.; **DIPROZIN^(M)** Anglia — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ROMERGAN^(M)**.

395. **DIPSOFOBIE^(P)** (cf. gr. *dipsa* „sete” și *phobos* „frică”) ● Desemnează frica de a bea — termenul avînd extindere și pentru frica de lichide în general. Constituie o prezență rară în psihopatologie.

396. **DIPSOMANIE** (cf. gr. *dipsa* și *mania* „nebuție”) — sin. **ENOMANIE**; **FURIE DE A BEA**; **METILEPSIE**; **OINOMANIE**; **SOMALCOOLOZĂ** ● Formă particulară de alcoolism (alcoolismul paroxistic) a cărei etiologie rămîne încă necunoscută și care se caracterizează prin accese intermitente, periodice, cu caracter irezistibil și impulsiv, în care subiectul consumă cantități mari de băuturi alcoolice, fără ca el să fie un consumator obișnuit de alcool sau fiind practic abstinent între crizele dipsomanice. Accesul este precedat de o perioadă de sete, putînd dura săptămîni, în care bolnavul este neliniștit, iritabil, trist, inapetent, prezintă insomnii. Este incapabil să se oprească după primul pahar băut, ajungînd pînă la o stare de beție profundă, urmată de regulă de amnezie. De asemenea, în timpul accesului dipsomanic pot apare automatisme ambulatorii, fugi, „fantasme criminale, comportament sexual anormal, acțiuni delictuale și chiar sinucideri” (H. EY și BERNARD). Accesul este urmat de cele mai multe ori de o stare depresivă,

în care subiectul dezvoltă idei de culpabilitate și autoacuzare. Este mai frecvent la femei, ca formă de alcoolism (15% din alcoolice) și debutează în jurul vârstei de 30 de ani. S-au încercat o serie de explicații, dintre care mai cunoscute sînt asimilarea cu un echivalent compulsiv epileptic (MARCHAND și AJURIAGUERRA) sau cu episoade afective primare periodice. Această ultimă ipoteză este contrazisă de studiile lui HIRSCHFELDT (1982), care arată caracterul secundar al unor episoade pseudodipsomanice în cadrul unor psihoze afective bipolare (în fazele maniacale).

Psihiatrii de orientare psihanalitică consideră acelele dipsomanice drept o regresie sau o fixare de o conduită morală arhaică, cu semnificație compensatorie, a dificultăților și eșecurilor mai pronunțate ca în alte forme de alcoolism (BERNARD și TROUVÉ). Fără a putea lămuri ceva în plus asupra etiopatogeneiei, o serie de autori anglosaxoni au denumit dipsomania — alcoolism de week-end/fiesta, drinking hang over, subliniind expresiile unor caractere clinice. JELLINEK îl include în clasificarea sa sub numele de alcoolism epsilon.

397. DIQUEL (M) S.U.A. — DCI Etimemazină ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-β-(dimetilamino)-2-metilpropil-2-etilfenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antiemetică și anxiolitică.

398. DIRECTIVITATE (cf. lat. *directus* „drept”) → NEUTRALITATE.

399. DIS- (cf. gr. *dys-*) ● Prefix cu sens privativ.

400. DISABILITATE (cf. gr. *dys-*; lat. *abilitas*) ● Incapacitate pasageră dărabilă sau permanentă, limitată la o funcție instrumentală, motorie, senzorială, adaptativă etc. sau asociind mai multe dintre acestea care influențează negativ viața subiectului aflat în condiții normale de existență și pe care acesta o poate compensa, substitui în mod satisfăcător. O incapacitate mai accentuată și necompensată de către subiect constituie un handicap. Deficitul hemiparetic, dificultățile de învățare, indiferența afectivă care pot apărea după un accident vascular cerebral constituie disabilități. Se vorbește de disabilități fizice și psihice. Termenul nu este menționat în Dicționarul de Neologisme (Ed. Academiei R.S.R., 1978), dar se utilizează în ultima vreme în limbajul psihiatric, probabil prin asocierea cu antonimul său abilitate, consacrat în psihologie.

401. DISARIM (M) Portugalia — DCI Cloridiazepoxide ● Tranchilizant, derivat benzodia-

zepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON (M).

402. DISARITMETRIE (cf. gr. *dys-*; gr. *arithmeo* „a număra”) ^{sin.} → DISCALCULIE.

403. DISARTRIE (cf. gr. *dys-*; gr. *arthron* „articulație”) ● Tulburare fonetică a limbajului, caracterizată prin dificultatea articulării cuvintelor, determinată de tulburări în execuția mișcărilor coordonate sincron ale aparatului fonator, la care se pot adăuga tulburările de ritm ale vorbirii și modificările modulației vocii. Are la bază o afecțiune neurologică sau musculară. Se observă deosebi în legătură cu pronunțarea consoanelor.

PERLȘTEIN diferențiază disartria, pe care o consideră o tulburare secundară leziunilor neuromusculare ale aparatului fonator sau leziunilor aparatului auditiv, de dislalie care, după AJURIAGUERRA, ar fi o tulburare primară de vorbire. Disartria este deosebită de afazie, în care există afectarea concomitentă a limbajului anterior și care are origine corticală. Balbismul, care asociază tulburări de articulare a cuvintelor cu contracții tonice sau clonice ale mușculaturii fonatorii, fiind o manifestare de tip nevrotic, nu justifică încadrarea lui în disartrie.

În etiologia disartriei sînt incriminate cauze vasculare, tumorale, traumatice, degenerative (siringobulbie), toxice (alcoolism cronic, intoxicația cu barbiturice, cu săruri de litiu), infecțioase (lues) etc. Leziunile interesează zona rolandică, nucleii nervilor cranieni VII, IX, X, XI, XII. Disartria consecutivă va fi de tip extrapiramidal, piramidal, cerebelos, pseudo-bulbar. În alte cazuri, afecțiunea de bază se limitează la musculatura fonatorie. În forma sa cea mai gravă disartria duce la ANARTRIE.

404. DISAUTONOMIE FAMILIALĂ (cf. gr. *dys*; *autonomos* „care se conduce după legi proprii, autonom”) ^{sin.} → RILEY-DAY (S) sindrom.

405. DISBAZIE (cf. gr. *basis* „mers”) ● Termen generic care desemnează tulburările actului motor al mersului. Simptomul poate fi întâlnit într-o serie de afecțiuni vasculare, neurologice sau psihiatrice, avînd deseori valoare diagnostică. Claudicația intermitentă vasculară (displazia angiosclerotică) este un semn caracte-

teristic al insuficienței arteriale cronice și constă dintr-o crampă dureroasă a musculaturii gambei, care apare după un efort de o anumită intensitate și diminuează progresiv în stare de repaos. În *tabes mersus* este nesigur, tatonat, cu bază de susținere lărgită, festonat în zig-zag. Disbazia se întâlnește de asemenea în polinevrite, scleroze combinate etc., afecțiuni în care se constată tulburări mari ale sensibilității proprioceptive conștiente. Disbazia lordotică progresivă (boala Ziehen-Oppenheim, distonia musculară deformantă) este o afecțiune rară, de origine nedeterminată, caracterizată prin mișcări involuntare, neregulate, de contorsiune, ale mușchilor trunchiului și extremităților, apărând mai des în mers. Manifestări dizbaze cu caracter particular se observă în isterie (mers dezordonat sau „prețios”), stări depresive (lipsă de vitalitate și evitare în deplasare), demențe, oligofrenii (dezorganizarea mișcărilor).

406. DISBULIE (cf. gr. *dys* ; *boule* „voință”) ● Termen generic referitor la tulburările motivațional-volitivă, care pot lua un aspect specific (suport motivațional precis) sau nespecific (pierderea suportului motivațional). În categoria disbuliilor intră tulburări cu aspect predominant calitativ (hiperbulia, hipobulia, abulia) sau calitativ (impulsivitatea, parabulia), fără ca vreunul din aceste aspecte să poată caracteriza pe deplin tulburările (în care de fapt este inclusă atât nunața cantitativă cit și calitativă) ; de exemplu, hiperbulia electivă a toxicomanului este de fapt o prăbușire a voinței, cu polarizarea întregii energii către obținerea drogului.

Disbuliile pot fi întâlnite ca expresie a modificărilor secundare pe care tulburările psihice le antrenează în oricare din entitățile psihiatrice, acest lucru datorându-se faptului că voința este o funcție de sinteză, în a cărei realizare sînt implicate afectivitatea, gîndirea, claritatea cîmpului de conștiință, conștiința de sine etc. → VOINȚĂ.

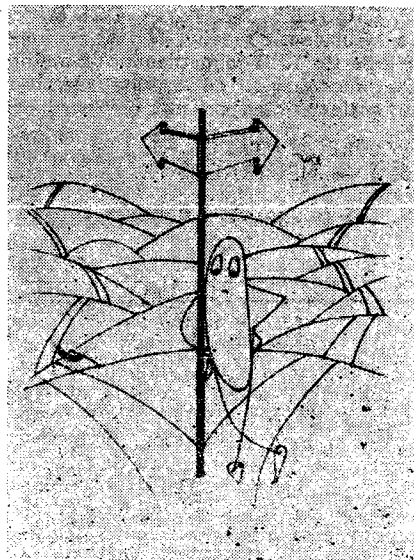
407. DISCALCULIE (cf. gr. *dys* ; *calculus* „socoteală”) — sin. DISARITMETRIE (BESLAY) ● Tulburare de operaționalitate aritmetică, constînd în incapacitatea parțială sau totală de învățare sau aplicare a regulilor matematice. Cu caracter tranzitoriu, se întâlnește la copii cu inteligență normală, dar retardați în ceea ce privește formarea capacității de structurare a spațiului. Discalculia totală și incurabilă prin metode de reeducare se întâlnește în oligofrenii grave, encefalopatii, demențe.

408. DISCEFALIE (cf. gr. *dys* ; *kephale* „cap”) ● Dismorfie craniofacială cu aspect caracteristic

de „profil de pasăre”, la care se asociază : microcefalie, microoftalmie, cataractă congenitală, anomalii dentare, hipotricoză, atrofie cutanată localizată, nanism (în 50% din cazuri), intîrziere mintală.

409. DISCEFALIE CU CATARACTĂ CONGENITALĂ ȘI HIPOTRICOZĂ (ULLRICH) — sin. PROGERIE CRANIO-FACIALĂ CU ALTERĂRI OCULARE (STREIFF) ; ULLRICH-FREMERY-DOHNA^(S) sindrom → HAERMANN-STREIFF-FRANÇOIS^(S) sindrom.

410. DISCERNĂMÎNT (cf. lat. *discernere* „a distinge, a deosebi”) ● Capacitatea unei persoane de a-și da seama de faptele comise, precum și de urmările acestora, de a distinge între bine și rău. Existența discernămintului este una din condițiile sine qua non ale răspunderii civile, delictuale, penale sau administrative. Este o funcție dinamică de sinteză și integrare a psihismului normal, ce conferă individului capacitatea și calitatea de a efectua conștient — deliberat și subiectiv — motivat în contextul dat al unei situații, fapte sau acțiuni concrete,



realizînd deplina cunoaștere a consecințelor acestora pentru sine și societate. Rezultat al sintezei dintre personalitate și conștiință, sinteză ce are loc în momentul îndeplinirii unei acțiuni, discernămintul este, după PREDESCU, o emanație a acestor două mari funcții integratoare ale psihismului, prezența sa presu-

punînd existența criteriului etico-moral și respectiv, a capacităților cognitiv-volitive.

În jurul noțiunii de discernămint se structurează teoria și practica expertizei medico-legale psihiatrice, ea fiind definită și operațională pentru și numai în cadrul acestui domeniu al psihiatriei clinice aplicate. Cele patru intensități convenționale de gradare a discernămintului au doar parțial corespondență în aprecierea responsabilității, discernămintul abolit = irresponsabilității. Instanța de judecată apreciază conform legii: discernămint scăzut sau mult scăzut drept circumstanțe atenuante. Aprecierea discernămintului este condiționată de caracterul de organizare motivată a faptei, de structura și gradul de dezvoltare a personalității, precum și de structura conștiinței în momentul comiterii faptei. Fiecare dintre aceste trei categorii de fenomen se reflectă și se condiționează reciproc, toate constituind un sistem de circumscriere a ceea ce este particular fiecărui caz în parte.

Ca și conștiința, discernămintul se poate situa pe o scară cu un număr infinit de trepte, cuprinse între două extreme, abolirea și integritatea, astfel încît stabilirea sa rămîne o problemă dificilă, ce trebuie întotdeauna în mod judicios argumentată și obiectivată.

411. **DISCIMER**^(M) Grecia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1- piperazinil) propil/-2-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

412. **DISCOLISM** (cf. gr. *dys* și *chole* „fiere”) ● Termen căzut în desuetudine, prin care era denumită starea de pesimism, dispoziție tristă, inactivitate. Era folosit de către vechii adepți ai teoriei determinării temperamentului de către predominanța unei anumite umori — în cazul de față bila.

413. **DISCONEXIE** (cf. gr. *dys* și *conexio* „înlănțuire logică”) ● Tulburare de tip afazic caracterizată prin lipsa de fluentă, rostirea izolată a cuvintelor, rezultată din incapacitatea de legare a acestora în sintagme. Uneori, incapacitatea de a forma sintagme poate coexista cu persistența unor sintagme cu caracter stereotip.

414. **DISCORDANȚĂ** (cf. fr. *discordance*; vezi lat. *discordare* „a fi în dezacord”) ● Termen introdus de CHASLIN (1912) pentru a înlocui

pe cel de demență din conceptul kraepelinian de demență precoce, definind incoerența, defectul de coeziune și unitate al conștiinței și personalității schizofrenului. Discordanța înglobează o serie de concepte anterioare: „detașarea” (P. JANET), „Zerfahrenheit” (ZIEHEN), „Spaltung” (E. BLEULER), „ataxia intrapsihică” (STRANSKY). Simptomele discordanței „simulează” adesea foarte fidel demența: delir incoerent, indiferență, acte bizare de diferite tipuri sau inactivitate completă a inteligenței, ocupații de ordin inferior, stupoare cu atitudini bizare, acte incoerente etc. în ciuda acestor simptome, de cele mai multe ori nu apar semne de slăbire intelectuală propriu-zisă, chiar pasageră, nici pierderi de memorie, nici erori de judecată (CHASLIN). Descrierea inițială a subliniat deci ceea ce H. EY va sintetiza ulterior definind discordanța prin atingerea globală a sferei gnoseo-intelectuale, instinctiv-afective și comportamentale. Termenul se substituie, în uzul clinic curent, noțiunii de schizofrenie („sindrom, psihoză discordantă”), fără să fie însă reținut de nomenclatura modernă standardizată. Expresia „discordanță schizofrenică” este în mod evident pleonastică.

Discordanța reprezintă tulburarea fundamentală a procesului schizofren, putînd fi regăsită ca notă comună a tuturor simptomelor sale, cu următoarele caractere: ambivalență, bizarerie, incomprehensibilitate, detașare. Efectul discordanței în manifestările clinice are numitor comun în sfera gândirii, afectivității, comportamentului și în sistemul logic de comunicare. Recunoașterea penetrantei termenului a fost subliniată de însuși E. BLEULER (1926), care declara că, dacă l-ar fi cunoscut, l-ar fi adoptat drept echivalent pentru „Spaltung”.

415. **DISCRET** (cf. lat. *discretum* — part. vb. *discernere* „a separa, a despărți”) ● Discontinuu, împărțit în entități distincte, între care există delimitări nete. De aici sensul curent al discreției, care semnifică păstrarea pentru sine a opiniei proprii sau a celor știute despre ceilalți, neamestecul turbulent și dezagreabil în viața altora — virtuți decurgînd din afirmarea persoanei ca microcosmos ce se autolimitează, împiedicînd astfel pierderea identității și confundarea cu Eul celorlalți.

416. **DISCROMATOPSIE** (cf. gr. *dys*; *chroma* „culoare” și *ops-* „vedere”) — sin. **AMBLIOCROMAZIE** ● Tulburare a analizatorului vizual constînd în imposibilitatea percepției corecte a culorilor, a capacității de discriminare a culorilor, ca tulburare a simțului cromatic. Cel mai cunoscut defect este DALTONISMUL, aprecia-

ca manifest la aproximativ 5% din populație. Cu frecvență mult mai mică se întâlnește dificultatea de percepere a culorii galbene, verde etc. Cel mai adesea, discromatopsiile sînt ereditare, dar percepția culorilor poate fi modificată prin factori toxici (alcool etilic sau metilic, compuși organofosforici) sau medicamente (digitala, beladona, cloramfenicolul, tetraciclina, atebrina, chinina etc.). În general, întreruperea tratamentului medicamentos și a contactului cu toxicul permite remisia totală a tulburării de vedere (mai dificilă în cazul administrării atebrinei). Această remisie este favorizată și de administrarea vitaminelor din grupul A și B și a spiramicinei. Discromatopsii apar și în cursul unor afecțiuni somatice: diabet (simțul cromatic poate dispărea total), ictere etc.

Discromatopsiile sînt utile pentru diagnosticul diferențial al tulburărilor calitative de percepție vizuală — iluzii, halucinații.

417. **DISCURSIV** (fr. *discursif* ; cf. lat. *discursus* „discurs”) ● Atribut al gândirii argumentative, riguros conformă cu schemele valide de raționament. Spre deosebire de cunoașterea intuitivă, care sesizează în mod spontan și cvasi-instantaneu soluția problemei, direct din considerarea premiselor, gândirea discursivă parcurge din aproape în aproape toate operațiile unui algoritm logic, respectînd cu strictețe derivarea prin raționament corect din punct de vedere formal a concluziei din premise.

În mod normal, discursivitatea asigură o urmărire facilă și o înțelegere adecvată din partea interlocutorului. Atunci cînd se produce însă o detaliere excesivă a etapelor secvenței logice, aceasta face ca discursul să fie mai greu de urmărit sau ca vorbitorul să nu mai ajungă niciodată la concluzii. Constituie o trăsătură caracteristică a discursului subiectului cu arterioscleroză cerebrală → CIRCUMSTANȚIALITATE.

418. **DISCURS LOGIC** (cf. lat. *discursus*) ● Sensul consacrat al termenului se referă la susținerea unei expuneri asupra unui subiect. Se mai folosește și pentru conținutul verbal pe care o persoană îl transmite altei persoane despre un anumit subiect. Un discurs logic trebuie să îndeplinească în primul rînd condiția de a utiliza corect mijloacele logice în definirea termenilor și alcătuirea propozițiilor.

Spre deosebire de sfera normalității (care implică și ea situații în care discursul logic poate suferi modificări — nivel cognitiv insuficient dezvoltat, minusuri de instrucție, stări emoționale covârșitoare etc.), psihozele și procesele deteriorative aduc subiectul în imposibilitatea de a susține un discurs logic, acesta apărînd

fragmentat, urcînd paradoxal. Discursul logic al paranoiacului merită o atenție aparte, pentru dificultățile de diagnostic pe care le poate ridica, uneori, datorită înșelătoarelor aparențe de „logică de fier”, care păcătuiește însă tocmai prin forța sa impenetrabilă și intrasiguranță.

419. **DISEPRON**^(M) Japonia — DCI *Spiclo-mazină* ● Neuroleptic sedativ, cu structură și acțiune apropiată (discret mai modestă) derivaților aminofenotiazinici, de tip 8-β-(2-cloro-10-fenotiaziril)propil-1-tia-4,8-diazaspiro[4,5]decan-3-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică.

420. **DISERGAZIE** (cf. gr. *dys* ; *ergasia* „muncă, forță activă”) ● Termen aparținînd psihobiologiei create de Adolf MEYER, pentru a defini, alături de ANERGAZIE și TIMERGAZIE, „reacțiile majore”. Disergazia este determinată de o tulburare funcțională fără substrat organic (de natură toxică, infecțioasă, metabolică) → ERGAZIE, ERGAZIOLOGIE.

421. **DISESTEZIE** (cf. gr. *dys* ; *aisthesis* „sensație”) ● Perturbare generală a proceselor perceptivă (SIVADON), care apare, însoțește sau facilitează halucinațiile.

422. **DISFAGIE** (cf. gr. *dys* ; *phagein* „a minca”) ● Dificultate în deglutiție, însoțită de o senzație dureroasă. Frecvent întâlnită în clinica psihică, disfagia isterică trebuie diferențiată de disfagia simptom din afecțiunile organice ale nervilor IX, X și XI sau ale nucleilor acestora. În general, în aspectul clasic de „nod în gît” sau „glob isteric” și este descrisă ca o senzație care urcă din stomac spre faringe, producînd o impresie de stragulare. Nu se află întotdeauna în legătură cu alimentarea.

423. **DISFAZIE** (cf. gr. *dys* ; *phasis* „vorbire”) — sin. AFAZIE DE DEZVOLTARE ● Apariția cu întârziere la copil a înțelegerii cuvintelor și a dezvoltării limbajului articulat în condițiile unei dezvoltări psihosomatice normale ; fenomenul se ameliorează, de regulă, progresiv, pînă la dispariție, la 10—12 ani.

424. **DISFEMIE** (cf. gr. *dys* ; *pheme* „mesaj”) ● Termen folosit pentru a desemna tulburările de pronunțare a cuvintelor, care se întîlnesc cu predilecție în nevrozele motorii → LOGONEVROZĂ.

425. **DISFONIE** (cf. gr. *dys* ; *phone* „voce”) ● Modificarea temporară sau permanentă a vocii, interesînd timbrul și intensitatea acesteia, ca urmare a unei afecțiuni a aparatului motor al fonatației, a dispozitivului nervos al aceluiași

act (nervi, nucleii, cale, zonele corticale) sau a unei psihogenii. Poate fi acută sau cronică.

● **Disfonia acută** — se instalează brusc și este determinată de :

- laringita acută din bolile infecțioase sau asociată unei boli alergice, pulmonare, sinuzite ;
- paralizii recurențiale acute ce pot apare în gripă sau postoperator (intervenții tiroidiene, toracice) ; boli generale acute cu alterare gravă a stării generale ;
- intoxicații acute cu alcool, barbiturice, tricloretilen, thaliu, atropină, toxină botulinică ;
- afecțiuni neurologice : accident vascular cerebral, sindrom bulbar și pseudobulbar ;
- traume psihice.

● **Disfonia cronică** — se întinde în :

- laringita cronică : nespecifică (întreținută de tabagism, alcoolism, faringoamigdalite, sinuzite, rinite cronice, pneumoconioze) ; specifică (tuberculoasă, luetică) ;
- tumori laringiene benigne și maligne ;
- paralizii postoperatorie a nervului recurent ;
- polinevrite (postdifterică, după intoxicația cu thaliu) ;
- afecțiuni ale sistemului nervos central consecutive accidentelor vasculare cerebrale, tumori cerebrale, siringomielie, scleroză în plăci ;
- afecțiuni endocrine : mixedem, boala Addison ;
- surmenaj vocal.

Bolile psihice în care poate apare sub forma acută sau cronică sînt isteria și schizofrenia.

426. **DISFORIE** (cf. gr. *dysphoria* „suferință intolerabilă, agitație”) ● Termen construit prin contrast cu euforia (MARCHAIS), semnificînd o stare dispozițională în care depresia se asociază cu excitabilitatea crescută (uneori cu impulsivitate și agresivitate)

Logoreea și anxietatea pot fi notate deseori ca fenomene secundare, de însoțire a acestei stări timice, care aparține dispozițiilor polarizate de tip depresiv (deci nu este o stare mixtă în care depresia se combină cu euforia, cum au încercat să acrediteze unii autori) ; nu poate fi acceptată nici opinia lui KAHN, care încadra disforiciei în grupa psihopatiilor hipotimice (compusă din anxioși, pesimiști și depresivi). Termenul este mult mai apropiat de dispoziția iritabilă a lui KRAEPELIN și corespunde în mare măsură descrierii făcută de K. SCHNEIDER tipului depresiv-morocănos („der missmiitige Depressive”) : morozitate, iritabilitate, pesimism, răutate, autodevalorizare. Se întîlnește în stări psihopatoide (postencefalitice,

toxice, traumatice), în epilepsii, în debutul demențelor lacunare. În alcoolismul cronic devine o veritabilă „dispoziție bazală”, iar în dipsomanie poate preceda și mai ales succeda acesteia.

Stările mixte din psihozele afective sînt caracterizate adesea de această dispoziție, pe fondul căreia pot apare acte cu caracter autoagresiv și, mai rar, heteroagresiv. Disforia poate fi întîlnită și într-o serie de dizarmonii ale personalității (excitabilă, explozivă, distimică etc.).

427. **DISFRENIE ANTITONĂ** (cf. gr. *dysphren* „spirit”) ● Termen acreditat de Van der SCHEER pentru a defini un sindrom caracterizat prin : melancolie anxioasă, negativism, neîncredere, ostilitate (în special față de familie) ; este întîlnit în demențe, evidențiind un prognostic nefavorabil.

428. **DISFUNCTIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM)⁽⁸⁾ sindrom** — sin. **COPIL ACTING OUT ; COPIL HIPERACTIV ; COPIL INSTABIL (ABRAMSON, 1940) ; COPIL TÛRBULENT (WALLON, 1925) ; COREE MENTALĂ (DEMOOR, 1901) ; HIPERKINETIC⁽⁸⁾ sindrom (EISENBERG, 1957) ; IMPULSIV-HIPERKINETIC⁽⁸⁾ sindrom ; SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINIM (minimal brain damage — GESEL și AMATRUDA, 1949) ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI ● CLEMENS descrie acest sindrom ; este axat pe următoarele elemente : hiperactivitate, distractivitate, impulsivitate, excitabilitate, tulburări de comportament, tulburări ale proceselor cognitive. Prevalența acestui sindrom diferă după diferiți autori în funcție atît de criteriile de diagnostic considerate, de metodele de investigație folosite, cit și de populația la care se referă. Pentru populația alcătuită din copiii școlari, cifrele medii se situează între 5—20% cazuri (PRECHTL, STEMMER, FROSTING, WITTLLEY, STEWARD, WENDER, 1971), cu predominanța sexului masculin față de cel feminin (raport 4/1, 9/1). Pentru diagnosticarea DCM, ca și pentru tratarea lui, este necesară o colaborare interdisciplinară între psihiatru, psiholog, logoped, pedagog. Terapiei medicamentoase i se adaugă psihoterapia și terapia pedagogică.**

În legătură cu acest sindrom, D. CANTWELL arată că orientarea predominant organicistă păcătuia prin restrîngerea sferei numai la tulburări determinate de unele anomalii genetice, biochimice, de leziuni cerebrale peri- sau prenatale ; disfuncția cerebrală are în realitate o sferă de cuprindere mult mai mare, manifestîndu-se practic în oricare afecțiune psihică.

429. **DISGEUZIE** (cf. gr. *dys* ; *geusis* „gust“) ● Tulburare a simțului gustativ, în care percepțiile diverselor substanțe organoleptice sînt confundate. Apare în intoxicațiile cu tetraetil de plumb, unde se percepe un gust dulce sau metalic, în tratamente îndelungate cu penicilină, unde gustul dulce este perceput ca amar, în epilepsie și schizofrenie, alături de halucinații la nivelul altor analizatori.

430. **DISGONOSOMIE** (cf. gr. *dys* ; *gonos* „procreație, sex“ ; *soma* „corp“) → **ABERATIE CROMOZOMIALĂ**.

431. **DISGRAFIE** (cf. gr. *dysgraphein* „a scrie“) ● Incapacitatea parțială a unui subiect de a scrie. Se manifestă prin inversiuni de litere, adăugiri, omisiuni, deformări de litere, substituiri ale cuvintelor sau grupurilor de cuvinte, plasarea anormală a cuvintelor în spațiul paginii, lipsa de coerență logică a ideilor. Aceste aspecte pot avea diferite intensități și se pot manifesta în diferite combinații. Etiologia incriminează factori genetici, educaționali, lezionali. În psihopatologie se întîlnește în oligofrenii, demențe, schizofrenie și în leziuni corticale de natură traumatică, vasculară, tumorală.

Poate fi însă întîlnită accidental și la subiecți normali (distragerea atenției, epuizare, instrucție insuficientă).

432. **DISIMULARE** (cf. lat. *dissimulare* „a ascunde“) ● Acțiunea de a ascunde sau masca stării sufletești, sentimente sau afecțiuni psihice ori somatice. Motivele disimulării sînt diverse de la dorința de a proteja anturajul, familia, de aflarea unei vești triste, pînă la menținerea, unei stări de spirit optime în grupul condus de un lider, sau „*disimularea profesională*“ a actorului care exprimă pe scenă trăiri sufletești opuse propriilor sale trăiri. Disimularea, ca trăsătură negativă de caracter, este întîlnită la personalitățile accentuate sau structurate dizarmonic (cînd capătă forma minciunii intrigante sau a ipocriziei menite să mimeze sinceritatea, loialitatea, cîstea, buna credință). Iago, Tartuffe, Hagi-Tudose, Ilie Moromete și o bună parte din personajele caragieliene (citarea este fortuită și departe de a fi bogată) oferă modele diferite, grosiere sau subtile, ale posibilităților de disimulare, atît de abundent reprezentată în natura umană.

Disimularea este uneori socialmente necesară („*minciunile convenționale*“ — Max NORDAU, 1883). În practica medico-legală disimularea se întîlnește la indivizii care ascund leziuni sau boli în scopul obținerii unor avantaje sau al inducerii în eroare a organelor judiciare. În clinica psiha-

trică, disimularea este întîlnită la structuri dizarmonice ale personalității, la toxicomani (cu o mare capacitate disimulativă în ascunderea viciului lor), la epileptici. Dizarmonicii, în perioadele de compensare, își ascund structura pentru a obține drepturi sau acte necuvenite (permis de conducere auto, încredințare de minori). În schizofrenia paranoidă cronică, bolnavii disimulează deseori simptomatologia psihotică, pentru a eluda tratamentul sau internarea în spital.

433. **DISIMULAT^(D) delir** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **ASCUNS^(D) delir**.

434. **DISIPAL^(M), DISIPALETEN^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Grecia, Israel, Italia, Olanda, S.U.A. Suedia — **DCF Orfenadrină** ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil- α -fenilbenzioxil)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressive (intensitate mică), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare largă, fără restricții.

435. **DISKINEZIE** (cf. gr. *dyskinesia* „dificultate de mișcare“) ● Termen utilizat în medicină cu următoarele semnificații :

- simptom caracterizat prin alterarea mecanismelor de reglare a activității motorii a organelor contractile interne : diskinezie intestinală, traheobronșică, uterină, biliară (care au și o componentă psihogenă importantă) ; s-a demonstrat experimental că starea de furie inhibă producția de bilă, pe cînd anxietatea și depresia o cresc ;
- distorsionarea mișcărilor voluntare, cu apariția unei activități musculare involuntare sub formă de ticuri, spasme, mioclonii.

Diskineziile din sindromul de impregnare neuroleptică se datorează acțiunii neurolepticelor incisive asupra substanței reticulate și nucleilor striati. Au o frecvență apreciată la 2% din cei cărora li se administrează aceste medicamente. După localizare se împart în :

- diskinezii facio-buco-linguo-faringiene ;
- diskinezii masticatorii ;
- diskinezii ale musculaturii faciale și cervicale ;
- diskinezii ale trunchiului și membrului, realizînd crize de opistotonus, crize oculogire.

Au caracter acut și apar sub forma unor accese, de obicei în primele 48 de ore de la administrarea neurolepticului incisiv. Crizele sînt însoțite de reflexe osteotendinoase vii, exagerate, plafonarea privirii, dereglării neurovegetative (paloare urmată de congestia feții, transpirații). Apar pe un fond clar al conștiinței și sînt însoțite de anxietate. Prognosticul este benign de obicei, criza cedînd la întreruperea medicației sau la adăugarea de antiparkinsoniene, benzodiazepine. În cazuri foarte rare, fenomenele diskinetice acute iau o evoluție cronică.

436. DISKINEZII TARDIVE ● Mișcări involutare (ticuri, spasme, mioclonii) care apar la bolnavi tratați vreme îndelungată cu neuroleptice, cu incidență de 30%. Îmbracă următoarele forme clinice :

- forma discretă, cu localizare în special perioral sau la mîini ;
- forma medie, cu manifestări specifice la nivelul feții, cu mișcări de masticatie, protruzie a limbii, protruzia buzelor, grimase ; la nivelul membrilor superioare: strîngerea sau desfacerea mîinilor, flectarea sau deflectarea brațelor pe antebraț ; la nivelul membrilor inferioare : mișcări ample asemănătoare unui pseudoclonus, mișcări de pedalare ; la nivelul trunchiului : torticolis, mișcări de ridicare a umerilor ;
- forma majoră : sincinezii în mers, akatisie, mișcări coreiforme ; apar după ani de tratament.

Se pot evidenția următoarele caracteristici ale diskineziilor tardive : apar după un tratament îndelungat cu neuroleptice, sînt declanșate de scăderea sau oprirea neurolepticelor, sînt permanente și ireversibile, mișcărilor sînt anosognosice și au caracter stereotip. Mecanismul de apariție ar fi hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici.

437. DISLALIE (cf. gr. *dys* — prefix cu sensul de „dificil” ; *lalein* „a vorbi”) ● Tulburare fonetică a expresiei verbale, determinată de modificarea funcțiilor aparatului locomotor, constînd în dificultatea sau imposibilitatea pronunțării unor sunete, grupuri de sunete sau cuvinte, acestea fiind omise sau substituite, vorbirea ca atare rămînd oarecum cursivă. În dislalia de sunet, tulburarea fonetică se manifestă în mod preferențial pentru anumite sunete, în dislalia de silabă pentru anumite silabe, în cea de cuvînt pentru anumite cuvinte. Nu sînt rare cazurile în care pronunțarea separată a sunetului, silabei, cuvîntului este posibilă, dislalia manifestîndu-se numai cu ocazia introducerii lor într-un anumit context verbal. PERLSTEIN

face distincția între dislalie, tulburare primară de vorbire (AJURIAGUERRA) și DISARTRIE, afectare secundară a vorbirii, datorată fie leziunilor auditive, fie celor ale aparatului neuromuscular care participă la fonație.

Dintre dislaliile laterale, care se pot prezenta sub o mare varietate de forme, sînt de menționat :

- rotacismul (dislalia pentru R) — litera R este pronunțată prin vibrarea vîlului palatin (probabil mecanism compensator la imposibilitatea producerii vibrației vîrfului limbii) ;
- gamacismul — dislalie pentru G și C ;
- sigmatismul (sisiala) — sînt pronunțate defectuos sunetele înalte (S, Z, J) și combinațiile PS, TS, CS (dislalie dentară, avînd la origine progeria, prognatismul, implantarea vicioasă a dinților).

Este descrisă ca dislalie și RINOLALIA (dislalie nazală), manifestată prin „vorbirea pe nas”, care poate avea drept cauză polipoza nazală, dar și tulburările de contracție ale vîlului palatin din parezele sau paralizile acestuia.

În isterie, dislalia (rotacism, rinolalie) se manifestă în raport cu prețiozitatea limbajului, cu teatralismul și manierismul.

438. DISLEXIE (cf. gr. *dys* - și *lexis* „cuvînt”)

● Tulburare a achiziției normale a lecturii și a limbajului scris. Apare la copii fără deficit intelectual, normal dotați, fără nici o deficiență senzorială sau motorie. Prima semnalare a tulburării dislexice îi revine lui KÜSSMAUL (1877), care descrie o cecitate verbală. Ulterior, mai mulți autori, dintre care BERKHAN, HINSCHELWOOD, prezintă cazuri clinice la care apărea dificultatea lecturii, încercînd fără succes să găsească substratul neurologic al acestor tulburări. Tulburarea dislexică se manifestă prin inversiunea silabelor, mutilarea cuvintelor și frazelor pînă la a le face de nerecunoscut. Se întîlnesc frecvent dificultăți de lateralizare, de orientare în timp și spațiu, stîngăcie, motiv pentru care mulți autori au atribuit-o unei predominanțe emisferice drepte. Deficitul se răsfrînge atît asupra lecturii, cit și asupra ortografiei. Dacă în cele din urmă este posibilă citirea corectă (prin mijloace de reeducare), rămîne disortografia. Acest eșec se răsfrînge asupra caracterului, comportamentului, unii subiecți devenind revoltați, alții deprimați sau indiferenți. Prin consecințele sociale și psihologice, dislexia constituie una din principalele probleme pedagogice. Cauzele acestei „infirmități sociale” (J. BOUTONNIER) nu sînt perfect elucidate, fiind cert totuși

faptul că nu este legată de o tulburare neurologică. AJURIAGUERRA consideră că dislexia are la bază o lipsă de motivație pentru învățare, o lipsă de curiozitate intelectuală pentru cunoașterea lumii din jur. În dislexie se incriminează deseori factori afectivi, dar nu numai aceștia. În realitate, este un fenomen cu etiologie complexă, în cadrul căreia intervin în parte ereditatea, în parte cauze afective și pedagogice (care depind de atitudinea învățătorului). Unele cazuri se ameliorează spontan la 8—9 ani. În alte cazuri defectul lasă sechele importante. Reeducarea constă în modificarea sistemului de gândire al școlarului, în sensul că acesta trebuie învățat să-și organizeze spațiul și timpul prin exerciții ce utilizează combinații mobile de litere și tot mai complexe, până la exerciții ritmice. Este foarte importantă atitudinea părinților și a celorlalți copii față de copilul dislexic, care nu trebuie să fie de depreciere, ci de apreciere, de încurajare, de reducere a anxietății. Este preferabil să se evite învățarea cititului precoce (înainte de șase ani); după cum nu trebuie așteptată agravarea tulburărilor odată instalate. Dacă după primele două luni școlare nu poate depăși handicapul trebuie îndrumat la un cabinet psihopedagogic, unde vor fi apreciate atât nivelul de inteligență, cât și tulburările de afectivitate. În urma precizării diagnosticului de dislexie vor fi stabilite și măsurile de reeducare.

439. **DISLOGIE** (cf. gr. *dys* „difcil” ; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Termen folosit de o serie de autori pentru a sublinia caracterul esențial al limbajului bolnavilor atinși de demență (SEGLAS, CRITCHELY, STENGEL, GOLDSTEIN, HECAEN). Dislogia semnifică nu numai inadecvarea legăturilor logice ale enunțului, ci și inadecvarea răspunsurilor în raport cu situația dată, asociațiile bizare între cuvintele discursului, incapacitatea de adecvare la condițiile unei noi comunicări. Celelalte caractere ale limbajului bolnavilor demenți ar fi: stereotipia, sărăcirea stocului lexical, absența controlului real asupra emiterii de răspunsuri, creșterea dezorganizării limbajului odată cu evoluția bolii și dificultățile de înțelegere cu subiectul.

440. **DISMEGALOPSICE**⁽¹⁾ iluzii (cf. gr. *dys-* ; *megas* „mare” ; *ops* „vedere”) — sin. **DISMEGALOPSIE** ● Iluzii vizuale cu caracter normal (așa zisele „iluzii optice”) sau patologic, constând în percepția deformată a obiectelor, care apar fie alungite, fie turtite sau lărgite. Aparțin categoriei metamorfopsiilor. În psihopatologie se întâlnesc în stările confuzionale de origine toxică.

441. **DISMENOREE** (cf. gr. *dys-* ; *men* „lună” *rhein* „a curge”) ● Sindrom caracterizat prin durere lomboabdominală cu irradieri particulare (spre regiunea anală. inghinală, vezicală), la care se asociază manifestări neurovegetative polimorfe (greturi, vărsături, transpirații profuze, bradicardie, midriază) și apare primar (factori funcționali) sau secundar unor leziuni morfologice. Sindromul survine premenstrual sau însoțește menstruația. Manifestărilor descrise li se asociază anxietate, depresie, stare de disconfort ceneșteic general, iritabilitate și, mai rar, tulburări ale stării de conștiință, sindrom fobic. Studiile publicate de FELINE și LEMPERRIÈRE, în 1978, relevă o frecvență crescută a dismenoreei la femei cu o structură dizarmonică a personalității de tip isteric. Pentru autorii americani (LINN, 1985) dismenoreea este grefată de riscul suicidar (prin depresia cu care se însoțește) mai ales la bolnavii cu antecedente psihiatrice. Pentru tratamentul dismenoreei au fost propuse ca terapii: antidepressivele, serurile de litiu, terapia familială, bio-feed-back.

442. **DISMNEZIE** (cf. gr. *dys-* ; *mnesis* „memorie”) ● Termen generic pentru denumirea tulburărilor funcției mnezice, de natură calitativă sau cantitativă.

În scop didactic, dismneziile pot fi clasificate astfel :

- *Dismnezii cantitative* :
 - hipomneziile (mentisul și viziunea retrospectivă) ;
 - hipomneziile (lapsusul și anecforia) ;
 - amneziile :
 - anterograde (de fixare) ;
 - retrograde (de evocare) :
 - localizate (lacunare) ;
 - progresive (retro-antetrograde) ;
- *Dismnezii calitative (paramnezii)* :
 - iluzii mnezice :
 - criptomnezia
 - falsa recunoaștere
 - falsa nerecunoaștere
 - paramnezia de reduplicare ;
 - alomnezii :
 - pseudoreminiscenta
 - ecmnezia
 - confabulațiile.

Această clasificare are un caracter artificial, orice tulburare calitativă presupunând deja existența unui grad de dismnezie cantitativă și practica curentă pune în lumină și forme intricate.

443. **DISMETRIE** (cf. gr. *dys-* ; *metron* „măsură”) ● Tulburare de coordonare motorie

voluntară, caracterizată prin imprecizia mișcărilor orientate în scopul atingerii unei ținte (obiect), acestea putînd fi hopo- sau hipermetrice. Dismetria este prezentată în sindromul de impregnare neuroleptică, în unele faze ale demențelor, arterioscleroză cerebrală și în alte entități ale psihiatriei organice.

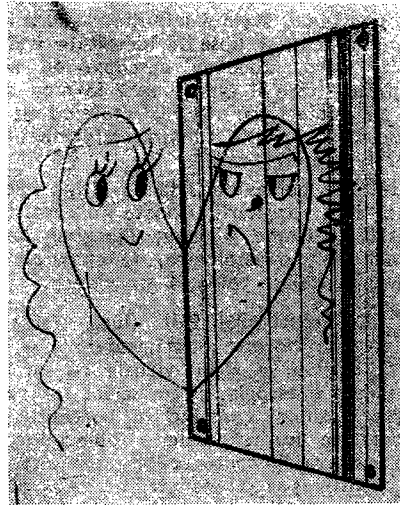
444. DISMEZECTOPIE LAVAL (cf. gr. *dys-*; *moses* „mijloc”; *ektopizo* „a se deplasa, a se îndepărta”) — sin. ACROMACRIE PFAUNDER^(B) boală; ARAHNODACTILIE; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFE; DOLICOMORFIE; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ACHARD^(B) sindrom; MARFAN-ERB^(B) sindrom $\xrightarrow{\text{sin}}$ DOLICOSTENOMELIE.

445. DISMIMIE (cf. gr. *dys-*; *mim(e)ia* „imitație”) ● Lipsa modulării expresivității mimicii în raport cu starea afectivă. GUIRAUD încadra aceste manifestări sub numele de „complexe parazite motorii” și includea aici risul fără motiv aparent, surisul enigmatic, expresii mimice intermediare între ris și plîns, dar și atitudini ciudate, ca aceea de flexie a trunchiului pe bazin, extensia capului pe spate, flexia lui anterioară, cu părul acoperind fața etc. După DROMARD, dismimiile se împart în PARAMIMII și NEOMIMII. Acestea din urmă se întîlnesc frecvent la deliranzii cronici, mai ales paranoici sau paranoizi, cînd mimica și gesturile par misterioase pentru interlocutor (sînt legate de o idee care nu este cunoscută de acesta și deci nu are semnificație pentru el). S-au descris stări de JARGONOMIMIE (MEIGE, FENIDEL), în care bizarea mimică se întîlnește într-o multitudine de expresii, și de PSITACISMUL mimic, în care expresiile mimicii, practic incompreensibile, se succed rapid, această hipermobilitate anulînd de fapt, expresivitatea mimicii.

Paramimiile sînt încadrate în grupa PARAMIMIIILOR(→). Ele mai cuprind hemiomimia (persistența unilaterală a mimicii sau mimică diferită de o parte și de alta) și mimica de împrumut, descrisă de HESNARD și POROT. Mimica de împrumut apare la mitomani, simulanți, suprasimulanți, isterici, oligofreni, și constă în abordarea unei anumite expresii mimice pentru a atenționa anturajul. ECOMIMIA constă în imitarea mimicii interlocutorului și apare în sindromul catatonc și în demențe.

Dismimiile apar și în unele afecțiuni neurologice cu tulburări apraxice, agnozice, afazice.

446. DISMORFOFOBIE (P) (cf. gr. *dys-*; *morphe* „formă”; *phobos* „frică”) ● Fără să poată fi încadrată în grupa fobiilor, deși semnificația termenului ar orienta în această direcție, dismorfofobia se apropie mai mult de



fenomenele de depersonalizare. Deși KRAEPELIN o considera o preocupare anormală pentru aspectul estetic al corpului, accepțiunea cea mai curentă a termenului se referă la sentimentul transformării în sens negativ al aspectului corpului sau doar a unor caracteristici ale acestuia (înălțime, greutate, raportul dintre segmente). Un interes special este arătat pentru aspectul feței și al organelor genitale. KOUERNIK a numit această tulburare „psihoza urîțirii”; alți autori consideră că are un caracter normal și tranzitoriu la adolescenți (DEBESSE, TOMKIEWICZ, PELICIER). LIBERMAN descrie un sindrom al trăirii dismorifice caracteristic acestei vîrste: sentiment de inferioritate și stingăcie, depresie, izolare relațională, reacții comportamentale. Motivată numai parțial și numai în anumite circumstanțe, dismorfofobia adolescentului poate fi o manifestare a crizei de originalitate sau de individualitate (ERIKSON), dar și expresia unei nevroze, a unei

psihoze sau a unei stări de limită (BERNARD). Debutul unor schizofrenii poate avea drept sindrom central dismorfofobia, exprimată ca un veritabil „delir” dismorfofobic sau de transformare în care bolnavul se „dezidentifică”, însoțită de modificări comportamentale: izolare, retragere, indiferență, afectivă. Este trăită uneori cu anxietate maximă, ajungând chiar la stări de agitație.

În psihastenie, studiul minuțios al detaliilor corpului, precum și lipsa de identitate față de propriul corp, duc la descoperirea unor „modificări” care îl îngrijorează în mod deosebit pe subiect, cu atât mai mult cu cât ele se asociază și cu alte tulburări ale identității corporale (desomatizare).

Atitudinea bolnavului față de dismorfofobie și încercarea corectării ei poate îmbrăca, după FOURNET, forme diverse, mergând de la tratamentele dermatologice, de chirurgie estetică și protejare, pînă la sinucidere.

447. **DISMORFOPSICE**⁽¹⁾ iluzii (cf. gr. *dys-* ; *morphe* „formă” ; *ops* „vedere”) — sin. DISMORFOPSIE ● Iluzii vizuale cu caracter normal sau patologic, circumscrise categoriei metamorfopsiilor, constînd în percepția distorsionată a formei reale a obiectelor, în sensul deformării conturilor (apar alte linii sau dimensiuni) sau al ștergerii limitelor obiectelor percepute. În patologie, se întilnesc în stări confuzionale de origine infecțioasă sau traumatică, precum și în schizofrenie, epilepsie psihosenzorială etc.

448. **DISNEURIE** (cf. gr. *dys-* ; *neuron* „nerv”) — sin. DISNUZIE ● Termen abandonat, care definea, pentru clinica germană de la finele secolului al XIX-lea, un deficit mental.

449. **DISNOIE** (cf. gr. *dys-* ; *noeo* „a gândi”) ● Psihoză descrisă de KORSKOV în 1887, avînd drept caracteristică „scăderea unității dintre funcțiile psihice”, asimilată ulterior cu forme acute de schizofrenie.

450. **DISOCIAȚIE** (cf. lat. *dissociatio* „despărțire, separare”) ● Termen introdus, în 1911, de E. BLEULER („Spaltung”), ca semn patognomic și nucleu psihopatologic al schizofreniei fiind, alături de autism, unul din semnele majore ale acestei boli. Slăbirea coerenței ideative, pierderea armoniei, a unității și continuității psihice, tulburarea globală a sintezei psihice și tulburările cursului gândirii, constituie elementele acestui sindrom, manifestat în prim plan prin tulburări disociațive. El este însoțit de o activitate para-

doxală și ambivalentă. Se reflectă în comportament, conferind întregii simpatomatologii notele sale particulare. Conform propriilor teorii asupra simptomelor schizofrenice, E. BLEUER consideră disociația ca simptom primar, care poate ajunge la fragmentarea („Zerspaltung”) conceptelor.

În afară de disociația schizofrenică, se descrie disociația din isterie (P. JANET, 1913) ca formă extremă a alterării coeziunii Eului, manifestată prin pierderea unității personalității, ca identitate de sine. Este posibilă apariția reversibilă a unei noi identități a persoanei, care poate funcționa ca atare (→ PERSONALITATE DUBLĂ, MULTIPLĂ). Acest fenomen confirmă teza lui H. EY despre isterie ca anomalie a procesului de identificare a personalității. Starea disociațivă isterică transformă subiectul din interpret în personajul propriului său rol. Conștiința suferă o îngustare prin alterarea bruscă și temporară a normalității funcțiilor de integrare ale conștiinței, avînd drept consecință pierderea coerenței și legăturilor obișnuite dintre diferitele grupe de procese psihice, cu aparentă independență în funcționarea unora din ele. Disociația isterică atinge apogeul la personalitățile alterne, duble sau multiple, și în stările de inducție hipnotică, fiind însă întotdeauna de origine psihogenă.

451. **DISOCIAȚIE SIRINGOMIELITICĂ**⁽⁸⁾ sindrom ● Pierderea sensibilității termoaigice și tactile protopatice, cu păstrarea sensibilității profunde conștiente, tactile și epicritice ; sindrom prezent în siringomielie, în tumori medulare prin compresiuni. Important ca element de diagnostic diferențial.

452. **DISOCIAȚIE TABETICĂ**⁽⁸⁾ sindrom ● Pierderea sensibilității profunde, cu păstrarea celorlalte sensibilități (deși unele tulburări discrete pot exista). Este consecutivă radiculitei posterioare tabetice → PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ.

453. **DISORAT**^(M) Elveția, RFG — DCI *Metipranolol* ● Betablocant de tip 1-(4-hidroxi-2, 3, 5-trimetilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol 4 acetat, indicat în anxietate cu și fără componentă șomatică, alcoolism, combaterea sevrajului de origini diferite și a efectelor secundare produse de litium (tremor), boli psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

454. **DISOREXIE** (cf. gr. *dys-* ; *orexis* „apetit”) ● Termen generic pentru ansamblul de

tulburări ale comportamentului alimentar, înglobând atât modificările prin exces (POLIFAGIE, BULIMIE, POTOMANIE), conduitele restrictive (refuz alimentar, anorexie) cât și aberațiile („perversiunile”) alimentare (MERICISM, PARAOREXII). Se întîlnesc într-o gamă largă de tablouri psihopatologice: psihoze, nevroze, structurări ale personalității de tip dizarmonic.

455. **DISORTOGRAFIE** (cf. gr. *dys-* și *orthos* „drept”; *graphein* „a scrie”) ● Tulburare a învățării corecte a ortografiei, adesea asociată dislexiei (AJURIAGUERRA), concretizată în greșeli gramaticale, confuzii și inversiuni de litere relativ apropiate („m” și „n” și „b” și „d” și „g” și „q”). Cel mai frecvent este vorba de grafisme greșit automatizate (învățarea defectuoasă a ortografiei), dar poate fi datorată și unei lateralizări defectuoase (confuzie între dreapta și stînga, sus și jos) sau unor tulburări caracteriale și afective. După C. CHILAND se regăsește în stările de deficit cognitiv, respectiv la oligofreni, precum și la copiii cu tulburări de comportament.

456. **DISOSTOZĂ CRANIO-FACIALĂ EREDITARĂ** ^{sîn.} → CROUSON^(B) boală.

457. **DISPAREUNIE** (cf. gr. *dys-*; *pareunos* „partener sexual”) ● Durere de intensitate și durată variabilă, care apare la bărbat sau la femeie, în timpul actului sexual. Predomină ca incidență la sexul feminin (femei foarte tinere sau aflate la premenopauză). Autorii francezi apreciază că, într-o cincime din cazuri este vorba de tulburări psihofuncționale, iar cei americani găsesc un procentaj de 10% la femeile ginecocate, proporție care crește odată cu vîrsta.

Dacă la bărbat dispareunia are totdeauna un suport organic (trebuie avută în vedere și posibilitatea unui tratament concomitent cu tioridazin), la femei se asociază deseori altor tulburări din sfera genitală (dismenoree, algii pelvine), al căror mecanism de apariție le circumscrie afecțiunilor psihosomatice. Unii autori descriu dispareunia în raport cu vaginismul (HAYNAL, POINSON), care este o contractură spasmodică și involuntară a mușchului constrictor al vaginului ambele simptome suprapunindu-se la un moment dat (relația durere-contrație și invers). Fiind condiționată psihogen, dispareunia poate fi rezultatul unei insuficiente pregătiri pe plan sexual a celor doi parteneri (timp prea scurt rezervat preluului, frica, sentimente de cul-

pabilitate). Cauzele organice sînt de cele mai multe ori excluse, dar pot fi reprezentate de modificări anatomice (dispareunie primară) sau leziuni inflamatorii ale organelor genitale externe sau interne (dispareunie secundară). Perturbînd întregul act sexual sau numai una din etapele sale, dispareunia însoțește frecvent frigiditatea, pe care, în timp, o poate și determina. Rolul factorilor psihologici individuali ar fi, după HAYNAL, precumpănit: deficiențe în procesul de identificare feminină, note de agresivitate în dispareunie și trăsăturile anxioase fobice, isterice, prezente în cazul vaginismului. Nevrozele, în special cele depresiv-anxioase, reprezintă cel mai frecvent fundamentul pe care apare dispareunia, caz în care aceasta răspunde favorabil la psihoterapii comportamentale, de relaxare, și la fizioterapie.

458. **DISPENSARIZARE** (fr. *dispensaire*), — sin. SUPRAVEGHERE MEDICALĂ ACTIVĂ ● Metodă activă de asistență medicală curativo-profilactică individualizată, prin care se supraveghează, din inițiativa medicului, categorii de bolnavi suferind de anumite boli (în funcție de gravitatea lor, posibilitatea de recuperare, interesul etapei), cărora li se aplică un complex de măsuri medico-sociale necesare întăririi sănătății, prevenirii agravării bolii și vindecării ei. Dispensarizarea urmărește vindecarea și ameliorarea afecțiunilor, prevenirea complicațiilor, decompensărilor sau recidivelor, recuperarea capacității de muncă și prevenirea incapacității temporare sau definitive. În procesul acțiunii de dispensarizare se disting următoarele etape:

- depistarea, care se recomandă a fi activă și precoce, mai eficientă decît depistarea pasivă, ocazională, de obicei tardivă;
- luarea în evidență a bolnavului, confirmarea diagnosticului și stabilirea planului de măsuri medicale și sociale;
- urmărirea activă, respectiv supravegherea prin controale periodice; stabilirea, la intervale ce diferă de la caz la caz (în raport cu problema pentru care se face dispensarizarea), recomandării de internare în spital, sanatorii sau unități de cură balneoclimaterică, cu măsuri privind regimul de viață și de muncă. Durata etapei de urmărire poate să se extindă la luni și ani de zile;
- scoaterea din evidență se realizează în caz de vindecare, schimbare de domiciliu sau deces.

Pentru fiecare caz dispensarizat se întocmește un plan de dispensarizare, care cuprinde următoarele aspecte :

- medicale : terapie medicamentoasă și psihoterapică, ritmul examinărilor etc. ;
- profesionale : ameliorarea sau înlăturarea factorilor nocivi de la locul de muncă, reducerea sau modificarea programului de muncă, schimbarea locului de muncă, reorganizarea profesională, pensionarea temporală ;
- sociale : ameliorarea unor factori nocivi sociali, familiali.

Dispensarizarea bolnavilor psihici se face la nivelul LSM, în funcție de locul de muncă, pentru populația încadrată în muncă, și după domiciliu, pentru cei neîncadrați. Evidența dispensarizării se realizează prin :

- registru de evidență specială, care cuprinde în totalitate bolnavii dispensarizați, pe afecțiuni ;
- fișa de consultație, marcată distinct pentru bolnavul dispensarizat ;
- carnet de dispensarizare (la nivelul unității) ;
- fișă program (la nivelul dispensarizantului).

Numărul de bolnavi ce pot fi dispensarizați de un medic este de circa 150. În lotul celor dispensarizați trebuie cuprinși prioritar cei susceptibili de ameliorare a stării de sănătate sau cei la care pot fi evitate complicațiile prin măsurile instituite de unitatea medicală. Tipul de afecțiuni cronice care necesită dispensarizare, ca și ritmul examinărilor, se stabilesc de către medicul specialist din LSM-uri, în conformitate cu îndrumările metodologice primite de la Ministerul Sănătății. Aceleași îndrumări metodologice stabilesc și examene de laborator, care se execută în afara examenului clinic. Dispensarizarea trebuie aplicată pe scară tot mai largă, cu o tehnicitate și o eficiență tot mai crescută (ea reprezintă cea mai concretă traducere în practică a principiului orientării profilactice în organizarea asistenței medicale).

459. DISPENSARUL DE MEDICINĂ GENERALĂ ● Unitate de bază a primei linii ce vine în contact cu numeroase cazuri/situații tangente sau secante cu psihiatria. Nivelul actual de pregătire (psihiatrică) al medicului de medicină generală îi limitează însă acestuia posibilitatea de intervenție în acest domeniu. Intervențiile sale sînt, în etapa actuală, mai prezente în profilaxia primară și în cazurile de reinserție și de readaptare socioprofesională.

Există însă preocupări pentru ca, în perspectivă, această situație să fie remediată ; în acest sens, în strategia OMS privind psihiatria și relațiile ei cu medicina generală pentru următorii 15 ani se prevede :

- psihiatria va obține un rol din ce în ce mai important în instruirea academică a studenților medicinisti, astfel încît viitorul practician de medicină generală va avea aceeași înțelegere a bolilor mintale ca și a celor fizice ;
- unii practicieni de medicină generală, cu interes special pentru psihiatrie, se vor specializa în îngrijirea primară a unor tulburări psihice ; un practician de medicină generală, în cadrul unui grup de practicieni, își va putea asuma această sarcină.

Există însă unele rezerve privind realizarea acestor două deziderate în etapa imediat următoare.

460. DISPERSIE (fr. *dispersion* ; cf. lat. *dispersio* „împrăștiere”) → VARIANTĂ.

461. DISPINXIA (cf. gr. *dys-* și *pinxos* „a picta”) ● Incapacitate sau deteriorare a aptitudinii de a desena (KIELAK, 1960). Apare în afecțiuni psihice organice și în isterie, bineînțeles cu „expresie plastică” diferită.

462. DISPLAZIC (cf. gr. *dys-* și *plassein* „a forma”) ● Tip morfologic secundar din clasificările lui KRETSCHEMER (după SHELDON — tip dizarmonic), caracterizat prin lipsa armoniei corporale (a diferitelor regiuni anatomice), prin malformații sau diformități osteomusculare. Reprezintă o mixtură de caracteristici antropometrice ale celorlalte trei tipuri : atletic, astenic, și picnic.

463. DISPLATIOPSIE(1) iluzie (cf. gr. *dys-* și *platys* „plat” ; ops „vedere”) — sin. ILUZIE VIZUALĂ PLATĂ ● Iluzie vizuală, cu caracter normal sau patologic, constind în tulburarea capacității de percepție a reliefului, spațiul fiind perceput bidimensional (și nu tridimensional).

464. DISPLAZIE CONGENITALĂ NEURODERMALĂ (cf. gr. *dys-* și *plassein* „a forma, a modela”) — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL și ANGIOMATOZĂ ENCEFALC# TRIGEMINALĂ ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; KALISCHER(2) sindrom și KRABBE(3) sindrom ; LAWFOR(3) sindrom

MILLES^(S) sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKER-WEBER-OSLER-DIMITRI^(S) sindrom ; SCHIRMER^(S) sindrom ; STURGE^(S) sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT^(S) sindrom ; WEBER^(B) boală ^{sin.} → STURGE-WEBER-KRABBE^(B) boală.

465. DISPLAZIE OLFACTO-GENITALĂ ^{sin.} → MORSIER^(S) sindrom.

466. DISPLAZIE OSOASĂ POLIOSTOZICĂ — sin. DISPLAZIE FIBROASĂ ; OSTEITITĂ FIBROCHISTICĂ ; OSTEODISTROFIE FIBROASĂ JUVENILĂ ^{sin.} → ALBRIGHT^(S) sindrom.

467. DISPNEE NEVROTICĂ (cf. gr. *dys-* și *pnoi* „respirație”) ● Tulburări ale actului respirator (de obicei reducerea componentei inspiratorii, având însă uneori și alte forme, ca în astm, de exemplu), determinate de o situație emoțională negativă sau pozitivă, sau manifestate în cadrul deja constituit al unei nevroze (anxioase, isterice etc.). Ca și în alte cazuri asemănătoare (simptomele etichetate ca „funcționale” de la nivelul diferitelor aparate, pe care le afișează bolnavul nevrotic și care pun deseori pe medic în dificultate), va trebui să se treacă la o minuțioasă analiză diagnostică ce va exclude posibilele cauze organice (examen clinic atent, examene complementare), dar și la investigarea tipului de personalitate (eventual, examen psihologic). Împrejurările care declanșează dispneea nevrotică (de obicei sub formă de crize, mai rar ca o stare de fond) sunt reprezentate de stări conflictuale, epuizare, surmenaj, sentimentul acut al singurătății sau exprimarea unor resentimente.

468. DISPONIBILITATE (fr. *disponibilité*) ● Potențialitate cu caracter instrumental de care se poate dispune la un moment dat sau în anumite condiții ; *stricto sensu*, disponibilitățile reprezintă rezerve de energie, mecanisme, însușiri neuropsihice polivalente și fără o destinație precisă, care stau la dispoziția individului pentru a fi utilizate în funcție de necesități.

Fiecare individ posedă anumite trăsături psihice care nu sînt manifeste, datorită faptului că nu sînt solicitate în activitatea de zi cu zi, dar care există în stare latentă, potențială, și pot fi reactivate, devenind eficiente atunci cînd împrejurările o cer. Din punct

de vedere psihosocial, valorificarea disponibilităților este în funcție atît de împrejurările de viață, cit și de o serie de caracteristici ale personalității, cum sînt : dorința de auto-depășire, calitățile voliționale (capacitatea de mobilizare și efort), imaginația creatoare, spiritul de competiție etc. Din punct de vedere psihologic, abilitățile, cunoștințele, anumite valori afective și însușiri temperamental-caracteriale sînt apreciate ca disponibilități ce intervin în mod diferențiat (variabil intraindividual și interindividual) și gradual în conturarea personalității și în desfășurarea diferitelor tipuri de activități.

Diverse motive de ordin obiectiv și subiectiv pot acționa frenator asupra punerii în valoare a disponibilităților native sau dobîndite, ceea ce face ca un număr mare dintre acestea să rămînă necunoscute și neexploatate de individ. Există numeroase cazuri în care talente și aptitudini pentru anumite domenii de activitate au fost descoperite mai tîrziu și care ulterior s-au dezvoltat în plenitudinea lor. În situații deosebite, un individ se poate manifesta afectiv sau cognitiv într-un mod diferit față de felul cum a făcut-o pînă atunci, dar hotărîtor pentru rezolvarea cu succes a situației respective.

Se apreciază că numai 15—20% din potențialul neuronal este utilizat eficient în decursul existenței individuale. De asemenea, clinica psihiatrică poate furniza suficiente exemple de cazuri în care disponibilitățile sînt insuficient utilizate de subiect pentru vindecarea lui (de exemplu, bolnavul nevrotic) sau, dimpotrivă, sînt utilizate în mod unidirecționat și excesiv sau distorsionat — patologic (de exemplu, personalitatea dizarmonică paranoică, delirantul eu delir cronic sistematizat). În cadrul anumitor forme de structurare dizarmonică a personalității, în procesul de reeducare a personalității sînt dezvăluite deseori disponibilități psihice care ulterior sînt utilizate în mod creator de subiect.

469. DISPOZIȚIE (fr. *disposition* ; cf. lat. *dispositio* „dispunere, aranjament”) ● Caracteristică fundamentală a psihismului, dificil de definit altfel decît prin „oscilațiile sale simetrice depresive sau expansive (DENIKER). Această caracteristică se referă atît la domeniul emoțiilor, cit și la cel al afectivității, adică al trăirilor mai elaborate. Așa cum noțiunea de conștiință acoperă întreaga sferă noetică, dispoziția se suprapune sferelor timice, înglobînd „toate instanțele emoționale și instinctive” și dînd fiecărei stări sufle-

tești „o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă între cei doi poli extremi ai plăcerii și durerii” (J. DELAY). Conceptul de dispoziție implică, atât polaritatea, cât și structurarea ei în raport cu evenimente externe sau interne, cu care se stabilește o conexiune directă și una inversă, legată de „intensitatea și durata trăirilor” (M. GOLU) și nu doar de polaritatea dispoziției. În linii mari, tulburările dispoziționale sînt grupate în jurul celor două mari direcții enumerate anterior, depresia și expansivitatea, înțelegînd în aceasta și dimensiunea temporală legată de nivelul dispozițional anterior tulburării. Au fost încercate diferite tipuri de clasificare a dispozițiilor, bazate pe criterii lineare simple (LEWIS, Van PRAAG, BLINDER), dihotomice pe nivele (WINOKUR, KIELHOLZ, PICHOT), sau pe sisteme multidimensionale (KENDALL, EYSENCK).

Progresele neurochimiei au permis, în ultimele decenii, realizarea unor posibile corelații între formele clinice și datele biochimice, sugerînd nu numai o viitoare subdivizare biologică, ci și nivelul bazal, fundamental și biologic al dispoziției ca stare afectivă generalizată, ca fond afectiv pe care se dezvoltă reacțiile.

470. **DISPRANOL**^(M) Italia — DCI *Le-prodiol* ● Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2,2-bis(clormetil)-1,3-propandiol, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și sedativă. Bună toleranță.

471. **DISPRAXIE** (cf. gr. *dys-*; *praxis* „acțiune”) ● Termen depășit, foarte rar utilizat în prezent pentru a denumi apraxiile → **APRAXIE**.

472. **DISPRAXIE FACIALĂ** ● Tulburare a activității mimice de tip apraxic, constînd din mișcări disociate (automate și voluntare) ale musculaturii feței și buzelor, atrăgînd după sine modificarea expresivității emoționale. Mimica și mișcările spontane sînt normale. Dispraxia facială apare asociată surdomunității idiopatice, tulburărilor de dicție, discalculiei.

473. **DISPROSEXIE** (cf. gr. *dys-*; *prosexiein* „a fi atent”) ● Modificări patologice ale atenției voluntare și spontane (tulburările pot fi independente: hiperprosexia spontană cu hipoprosexie voluntară). Sînt descrise trei tipuri de disprosexie :

- *hiperprosexia*, care reprezintă nu atât creșterea atenției în general, ci o polarizare, o concentrare a ei (scăderea comutativității) spre un anumit domeniu,

asociată cu o atenție scăzută pentru restul domeniilor. În mod normal, această manifestare se întîlnește în situații în care există un domeniu, un fenomen care trebuie perceput, observat, analizat în situații limită. În psihopatologie, hiperprosexia caracterizează nevroza obsesivo-fobică, nevroza cenestopată, personalitățile obsesive, paranoiace și hipertime, psihozele paranoiace, delirurile hipocondriace, mania, melancolia, întîrzierea mintală ;

- *hipoprosexia*, care reprezintă diminuarea atenției, în sensul scăderii capacității de orientare selectivă spre un anumit domeniu ; poate fi un fenomen normal în stările de surmenaj sau situații anxiogene, dar capătă caracter patologic în : nevroza anxioasă, nevroza depresivă, la personalitățile dizarmonice de tip instabil și exploziv, în psihoza discordantă (hipoprosexie voluntară cu hiperprosexie spontană), în accesul maniacal (hiperprosexie spontană), în perioada de debut a demențelor ;
- *aprosexia*, semnificînd abolirea completă a funcției prosexice, apare în contextul diminuării globale și importante a tuturor proceselor psihice : stări confuzionale, sindrom catatonc, demențe avansate, întîrziere mintală profundă.

474. **DISPROZODIE** (cf. gr. *dys-*; *prosodia* „accent”) — sin. **AFAZIE DE INTONAȚIE** ● Tulburare de vorbire, descrisă de MONRAD și KROHN, în 1947, constînd în alterarea melodicității vorbirii la afazici, cu un bagaj de cuvinte relativ important păstrat. Bolnavii care prezintă această tulburare dau observatorului impresia că vorbesc cu accent de limbă străină. Tulburarea apare și în logonevroze, epilepsie, demențe dar și ca bizarerie a discursului schizofrenic.

475. **DISRITMIE - EEG** (cf. gr. *dys-*; *rythmos*) ● Absența unei frecvențe dominante constante și a unei morfologii asemănătoare a undelor, aspect ce nu se modifică nici în perioada de relaxare. În această situație, se pot descrie :

- disritmia lentă (ritm dominant θ și Δ) ;
- disritmia rapidă (ritm dominant β) ;
- disritmia poliritmică (intricare de ritmuri rapide și lente).

● Disritmia ușoară își pune amprenta în traseul EEG, prin frecvențe ale ritmului de bază cuprinse între 8—12 c/s, dar ușor instabile, prezentînd de la un moment la altul unde puțin mai rapide sau puțin mai lente.

nesistemizate. Acest tip de disritmie poate apare în diverse afecțiuni :

- disritmie ușoară bilaterală : la 25% din indivizii normali, intercritic la cei cu epilepsie grand mal cu crize ușoare, arahnoidite și meningite, pre- sau post-clampsie, traumatisme craniene, meningeoame, tumori hipofizare sau epifizare, tumori de fosă posterioară, unele migrene; numeroase afecțiuni psihiatrice ;
- disritmie ușoară localizată: meningeoame, unele tumori emisferice cu evoluție lentă, afecțiuni vasculare cerebrale.
- K. JASPRES și KRETSCHMER descriu sub denumirea de „disritmie lentă” un „patern” EEG difuz dezorganizat, constituit aproape exclusiv din unde lente supravoltate, generalizate, amestecate cu unde lente ascuțite. Este cazul epilepsiei grand mal cu crize foarte frecvente în care, ca urmare a numărului mare al crizelor, se alterează și traseul de fond. Trebuie avut în vedere faptul că, intercritic, apare un traseu de fond, constituit din succesiuni aritmice, asincrone, anarhice în timp și spațiu de unde lente polimorfe (1—3—4 c/s) cu amplitudine mare (de obicei peste 200 μ V), amestecate cu virfuri și complexe virf-undă, care fac să dispară complet ritmurile normale de bază.

Este de menționat opinia unui autor român, SÎRBU, care considera imposibilă existența unui traseu euritmice, drept pentru care sugerează abandonarea acestui termen, spre a nu genera confuzii.

476. DISSINERGIE (cf. gr. *dys-* și *synergia* „cooperare”) — sin. ASINERGIE ● Diminuarea sau pierderea capacității de a efectua o acțiune motorie care necesită desfășurarea precisă, simultană a unor mișcări. Termenul este mai frecvent utilizat în neurologie pentru a desemna o pierdere a coordonării musculare. Asinergia recunoaște drept cauză principală afectarea cerebelului, dar apare și în boli ale emisferelor cerebrale, măduvei spinale și dezechilibrului simpatico-parasimpatic. Asinergia majoră a lui BABINSKI este o incoordonare prezentă în poziție statică și în mișcare, consecutivă unei afectări cerebeloase. Asinergia minoră a lui BABINSKI se manifestă prin executarea unor acțe simple, în care mișcările apar descompuse, întrerupte (de exemplu, la îngenuncherea pe un scaun, ridicarea piciorului în supinație etc.) fiind tot o consecință a afectării cerebelului.

477. DISSINTAXIE (cf. gr. *dys-* și *syntaxis* „ordine, construcție”) ● Modificare patolo-

gică a limbajului scris prin alterarea regulilor sintactice, survenită în schizofrenie, manie, oligofrenie, demențe.

478. DISTALENE^(M) Argentina — DCI Orfenadrine ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressiv (intensitate mică); utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

479. DISTENSAN^(M) Spania — DCI Clotiazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(o-clorofenil)-7-etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno/2,3-e/-1,4-diazepin-2-onă, — cu acțiune în primul rând anxiolitică și, secundar, sedativă. Pericolul dependenței trebuie avut în vedere, ca și apariția sevrajului la întreruperea totală a administrării.

480. DISTESOL^(M) Italia — DCI Ectiluree ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etilcrotonil)ureea, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Indicat în psihogenii și afecțiuni psihosomatice. Efecte secundare practic absente, cu o bună toleranță.

481. DISTIMIC — tip de personalitate (cf. gr. *dysthymikos* „inclinat spre tristețe”) ● După K. LEONHARD, indivizii aparținând acestui tip sînt în mai mare măsură afectați de evenimentele neplăcute ale vieții, decît de cele plăcute, prezentînd o reactivitate depresivă accentuată la factorii psihotraumatizanți. Îmboldul spre acțiune este diminuat, mobilitatea proceselor cognitive este mai scăzută. Distimicii manifestă slabe disponibilități relaționale șociale, participă puțin la conversații și prezintă o seriozitate accentuată, au o ținută etică deosebită — atitudini care reprezintă latura pozitivă a acestei personalități. Lentoarea gîndirii și diminuarea îmboldului către acțiune determină un randament scăzut în plan acțional și social. Trăsăturile distimice constituie terenul premorbid favorabil instalării depresiei de diferite intensități.

482. DISTIMIE (cf. gr. *dysthymia* „descurajare”) ● Termen introdus de J. DELAY, pentru a desemna modificarea în sens patologic a polarității afectivității bazale. În sensul dat de autor, melancolia și mania sînt hipertimii, iar schizofrenia, hipotimie. Uzajul curent conferă acestor termeni o nuanță cantitativă, din care lipsește conotația calitativă inițială. Astfel, hipotimiile sînt reprezentate de indiferență, apatie, atimie etc., iar hipertimiile —

de anxietate, depresie, euforie. O accepțiune eronată, dar des folosită, atribuie termenului de distimie înțelesul de disforie sau depresie, acoperind numai parțial înțelesul corect al termenului.

● Termenul de DISTIMIE a fost introdus de WILMANNNS pentru a descrie „psihopatiile temperamentale”. Școala germană care

s-a preocupat mult de această problemă, a pus în discuție pluridimensionabilitatea temperamentului și faptul că foarte rar există „temperamente simple”. E. KAHN, încercând să găsească o poziție de mijloc între cea a lui EWALD, care refuza orice clasificare, și cea a lui K. SCHNEIDER, propune următoarea clasificare :

Tabel nr. XLIX

Tipul	Dispoziția (Stimmung)	Temperament (excitabilitate)	Afectivitatea		
			Firea		
			Tempo	Forță	Sensibilitate
Hipertimicii					
Tahitimicul	—	excitabil	rapid	—	mobilă
Excitabilul	—	excitabil	rapid	—	—
Explozibilul	—	excitabil	rapid	tare	redușă
Iritabilul	iritație	excitabil	rapid	tare	—
Veselul	veselă	excitabil	rapid	tare	mobilă
Hipotimicii					
Flegmaticul	—	greu excitabil	lent	—	greoi
Apaticul	—	greu excitabil	lent	—	greoi
Indolentul	—	greu excitabil	lent	—	—
Moral insanity	—	inert	—	—	—
Anxiosul	anxioasă	—	—	slab	—
Perversul	întunecată	—	lent	slab	greoi
Tristul	depresivă	—	lent	slab	greoi
Poikilotimicii					
Instabilul emotiv	labilă	labil	labil	labil	labil

Această clasificare este însă excesiv de detaliată, cu atât mai mult cu cât presupune existența unor tipuri combinate, care conduc către o pulverizare leonhardiană.

483. **DISTONCUR**^(M) Argentina — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propan-diolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anti-convulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contra-indicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd să apară „un mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ME-PROBAMAT**^(M).

484. **DISTONIE MIOTONICĂ** (cf. gr. *dys-* ; *tonos* „tensiune, energie”) — sin. **MIOTONIA**

ATROFICĂ ^{sin.} → **CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT**^(B) — boală.

485. **DISTONOCALM**^(M) România ● Preparat original, conținînd alcaloizi totali din rădăcina de beladonă, alcaloizi din corn de secară, propranolol și amital sodic; are acțiune simpaticolitică centrală, parasimpaticolitică periferică, anticolinergică și ușor sedativă. Indicat în distonii neurovegetative. Contra-indicat în sarcină, glaucom, insuficiență cardiacă.

486. **DISTORSIUNE** (fr. *distorsion* ; cf. lat. *distorsio* „răsucire”) ● Modalitate de gândire negativă, ilogică sau de evaluare eronată a realității, care, conform teoriei elaborate de A. BECK (1976, 1979), constituie cauza principală a tulburărilor emoționale. Acest autor a sistematizat un număr de șapte distorsiuni, întilnite cel mai frecvent în nevroza

depresivă, dar prezente și în alte manifestări psihopatologice, precum fobiile, anxietatea, agresivitatea etc. :

- Generalizarea exagerată. Pe baza unui singur indiciu se face o generalizare nejustificată (de exemplu, o greșeală minoră în desfășurarea unei activități atrage concluzia: „nu sînt bun de nimic“).
- Focalizarea excesivă. Atenția este orientată spre un singur amănunt, care este extras din context și interpretat independent, în felul acesta pierzîndu-se semnificația întregii situații.
- Responsabilitatea excesivă. Toate eșecurile și erorile altora sînt personalizate (de exemplu, „eu sînt vinovat pentru tot ce s-a întimplat“).
- Referirea la sine (de exemplu, „orice greșală de-a mea este observată de toată lumea“).
- Dramatizarea excesivă. Bolnavul se gîndește la cele mai rele situații, „vede“ numai partea întunecată a lucrurilor, anticipează numai consecințele neplăcute.
- Deducția arbitrară. Se ajunge de la unele concluzii, în lipsa unor dovezi care să le justifice, la concluzii inverse.
- Gîndirea dihomă sau gîndirea în extremis: bun sau rău, greșit sau corect, frumos sau urît. Lipsesc posibilitățile de nuanțare, de utilizare a unor categorii intermediare.

Aceste distorsiuni apar foarte rapid și de obicei nu sînt conștientizate de subiect, motiv pentru care mai sînt denumite și „gînduri automate“. Nu sînt rezultatul unui raționament sau deliberări și au un caracter involuntar, în sensul că subiectul nu face nici un efort pentru inițierea sau menținerea lor. Distorsiunile sînt acceptate ca fiind valide și plauzibile fără cea mai mică tentativă de verificare prin confruntarea cu realitatea sau prin logică. Ele se referă la subiectul însuși, la viitorul său și la mediul care îl înconjoară. Au un caracter specific, fiind direct legate de problemele patologice pentru care subiectul se prezintă la consultația psihiatrică.

487. **DISTRAGERE** (fr. *distraine*; vezi și lat. *distrahere* „a trage încoace și încolo, a rupe“) ● Incapacitatea de fixare a atenției sau deviația atenției prin acțiunea unui stimul supraliminar. Se descriu două varietăți de distragere :

- concentrarea intensă a atenției asupra unui obiect, astfel încît subiectul nu mai este permeabil la alte stimulări, pe care în mod normal ar trebui să le perceapă. Se întîlnește în stările cu mare încărcătură afectivă, îndeosebi în cele depresive, în care este imposibilă îndepărtarea depresivului de la ideile sale de culpabilitate, de rutină, asupra cărora stă concentrat, în delirurile cronice sistematizate (mai ales la idealistii pasionați, care-și susțin cu intensitate ideea) ;
- dispersia atenției care implică o insuficiență a funcției prosexice, subiectul neputînd să coordoneze informațiile primite. În psihopatologie, această varietate de dispersie a atenției este descrisă în sindromul confuzional, demențial și maniacal (în ultimele două cazuri prin exagerarea atenției spontane).

Un aspect deosebit îl întîlnim la personalitățile obsesive, unde distragerea atenției îmbracă ambele forme descrise mai sus.

488. **DISTRANEURIN**(M) Austria, Belgia, Elveția, RFG, Spania — DCI *Clometiazole* ● Tranchilizant, derivat esterificat al tiaminei de tip 5-(2-cloretil)-4-metiliazol, cu acțiune anxiolitică, sedativă, anticonvulsivantă și valențe antidepressivă. Indicat în alcoolism, delirium tremens, servaj, nevroze, epilepsie (intercritic). Este lipsit practic de efecte secundare și are o singură contraindicație certă: intoxicația acută cu barbiturice.

489. **DISTROFIE CEREBRALĂ SCHULTZE** (cf. gr. *dys-* și *trophe* „hrănă“) ● Sindrom psihorganic legat de carențe alimentare prelungite, în special în absența proteinelor, care au drept consecință atrofia substanței cerebrale cu dilatarea ventriculară mai marcată pentru ventriculul III. La nivelul electroencefalogramei apar modificări nespecifice difuze.

Simptomatologia clinică se caracterizează prin diminuarea modularilor volitiv-instinctive, ștergerea caracterelor particulare de personalitate, cu scăderea inițiativei și activității.

490. **DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFER** — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER(B) boală și ARAHNODACTILIE și DISMEZECTOPIE LIVAL și DOLICOMORFIE și HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX și MARFAN-ACHARD(S) sindrom și MARFAN-ERB(S) sindrom →^{sin.} DOLICOSTENOMELIE.

491. **DISTROFIE MIOTONICĂ** — sin. STEINERT-BATTEN^(B) boală și STEINERT-CURSCHMANN^(B) boală și → CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT^(B) boală.

492. **DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERATIE MINTALĂ** — sin. ACTOMIMIE și DOWN^(B) boală și IDIOTIE FURFURACEE SEGUIN și IDIOTIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM și SEGUIN^(B) boală și TRISOMIA 21 → LANGDON-DOWN^(B) boală. La indicația OMS termenii DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOTIE MONGOLOIDĂ și MONGOLISM se recomandă a nu mai fi utilizați.

493. **DISTRUCTIVITATE** (cf. fr. *distructif*) ● Termen conceput de SPURZHEIM (1918) pentru desemnarea unui gen de perversiune instinctivă, caracterizată prin înclinația patologică spre distrugere. Autorii contemporani (Ch. BARDENAT) consideră distructivitatea ca o manifestare explozivă a agresivității, prin distrugere satisfăcându-se mai rapid și mai spectaculos nevoia de afirmare a puterii decât prin mijloace „elaborate” (de tip: creație, inovație etc.). Distructivitatea este independentă de nivelul intelectual și de educație care pot interveni însă modelind-o situațional. Obiectul asupra căruia se manifestă și modalitățile de manifestare (considerate înrudite cu sadismul) sînt foarte diverse (demolare, tortură, ardere, devastare). Manifestându-se asupra obiectelor sau în domeniul moral (distrugerea fericirii altuia, a reputației etc.), distructivitatea poate constitui atît un fenomen caracteristic unor personalități dizarmonice sau unor colectivități contaminate într-o direcție nefastă, cît și un fenomen patologic cu caracter episodic, tipic psihozelor cu stări de agitație psihomotorie (manie acută), schizofreniei, psihozelor toxice, epilepsiei sau tulburărilor de comportament ale oligofrenilor.

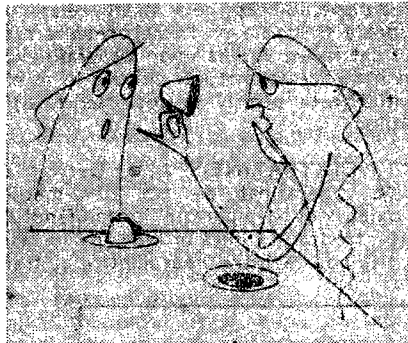
494. **DISULFIRAM^(DC2)** ● Derivat ureic-disulfat de tetraetilouran, constituie substanța activă a numeroși produși farmaceutici utilizați în oprirea metabolizării alcoolului etilic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTALCOL. A fost descoperit de către E. JACOBSEN și O. MARTENSEN-LARSEN, în 1947, în timpul cercetării pe care aceștia o făceau pentru a descoperi un antihelmințic. Ingestia substanței, asociată cu ingestia de alcool, produce reacții dezagreabile, efect pe care se bazează folosirea disulfiramului în cura de dezintoxicare. Modul de efectuare

a tratamentului, indicațiile și contraindicațiile au fost descrise la ANTALCOL. O metodă nouă și comodă de tratament constă în implantarea subcutană în regiunea abdominală a disulfiramului, ceea ce permite o impregnare continuă a organismului, prelungită pe parcursul a cîteva luni. Această metodă este indicată mai ales pentru pacienții incapabili de a-și administra singuri tratamentul și inconvenientul — în afara riscului de eliminare, că pentru orice alt implant — este eficiența mai scăzută și mai puțin constantă față de administrarea orală.

Tratamentul începe după cel puțin 48 ore de abținere, reacția declanșată avînd, după părerea unor autori (PERRIN, De MONDRAGOU), rol coercitiv, de interdicție, ceea ce la personalitățile cu Eu slab determină apariția fricii de moarte. DUBLINEAU consideră că aceste reacții ar avea o valoare abreactivă. Pentru alți autori, această reacție nu este neapărat necesară, considerînd că este suficientă administrarea zilnică a disulfiramului în cură prelungită, avînd însă subiectul asupra consecințelor ce pot interveni dacă la această administrare asociază băuturile alcoolice. P. FOUQUET susține că disulfiramul este un mijloc terapeutic de favorizare a obținerii abținentei, facilitînd abordarea psihoterapeutică de cură îndelungată. Întreruperea curei se face în funcție de scopul pentru care este folosit disulfiramul: dacă administrarea produsului este singurul mod de tratare al alcoolismului cronic (deci o „întreținere chimică” a abținentei — E. JACOBSEN), atunci întreruperea medicației determină o recădere rapidă; dacă însă se insistă pe rolul parțial al disulfiramului în tratamentul alcoolismului cronic, medicamentul apare ca factor de susținere a efortului volițional depus de subiect, avînd rolul, așa cum afirmă POROT, de „ortopedie medicamentosă”. În acest din urmă caz, pe lângă priza cotidiană de disulfiram se adaugă o stare de „neutralitate” față de alcool, indiferența subiectului față de alcool, abținerea devenind un comportament natural. În această situație, subiectul poate fi sfătuit să renunțe la administrarea zilnică a medicamentului.

495. **DITISAN^(M)** Brazilia — DC1 *Impraminoxid* ● Antidepresiv timoleptic, derivat benzodiazepinic de tip 5-β-(dimetil-amino)propil-10, 11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină N oxid și este metabolitul activ al IMIPRAMINEI avînd aceeași acțiune (instalare mai rapidă) și aceleași indicații și după unii autori efectele secundare sînt discret mai vii.

496. **DIVINAȚIE** (cf. lat. *divinatio* „prezicere, prevestire”) ● Tentativă de cunoaștere a viitorului (în special al celui individual), prin intermediul unor metode magice, oculteză numită și prezicere și net diferită de anti-

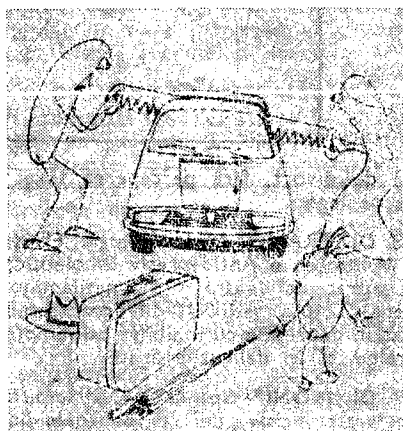


cipare. GRASSET (1908) distinge mai multe tehnici de divinație: hidromancia (prin apa fintinilor), piromanica (prin foc), lacanomanica (prin vase de ulei), catriptomanica (pe baza oglinzilor), cristalomanica sau crystal-vision (pe baza unui glob de cristal). Astrologii sau ghicitorii care urmăresc scopuri predictive prin mijloace oculte cunosc în prezent o adevărată proliferare, mai ales în Franța și SUA. Motivația originală a divinației se leagă de etapa preștiințifică a cunoașterii fenomenelor realității, de nevoia omului primitiv de stăpânire a hazardului și de securizare. Persoanele anxioase, precum și cele care nu pot accepta imprevizibilul (chiar în ciuda unui nivel intelectual și cultural ridicat), formează majoritatea „beneficiarilor” practicilor de divinație.

În ceea ce privește practicantii divinației, nu puține sînt cazurile în care este vorba de bolnavi psihici deliranți cronici, cu delir profetic sau apocaliptic. Devin adevărați inductori malefici, adunînd în jurul lor sectanți „activi”, fanatici sau pasivi (persoane imature emoțional, influențabile, dependente).

497. **DIVORȚ** (cf. lat. *divortium* „despărțire”) ● Instituție juridică opusă căsătoriei, care funcționează datorită unei necesități firești, decurgînd din încetarea motivelor subiective și obiective care au determinat instituirea unei căsătorii. Divorțul este determinat de contextul socio-cultural reflectat în psihologia cuplului și a fiecărui partener în parte, astfel încît stabilirea unei „tipologii” a divorțului este imposibilă, fiecare caz fiind, din punct de vedere psihologic, unic. Divorțul este consecința nerealizării „autonomiei dia-

dice” (REED) care stă la baza unei căsătorii viabile, apte de a se menține dincolo de crizele inevitabile ale unui cuplu marital, sau de impactul cu „sindromul cuibului gol” ce apare la părăsirea căminului de către copii (BOHANNAN, 1976). Divorțul implică aspecte psihologice (afectează cel puțin unul din parteneri, prin pierderea investiției obiectuale, dificultățile rezultate din înlocuirea dependenței mutuale maritale cu o autonomie la care unul sau ambii parteneri au renunțat în momentul căsătoriei), legale (culpa unuia sau a ambilor parteneri), economice (pierderea unei părți din bunurile comune, ele însele obiect al imaginii despre sine a fiecărui dintre parteneri), de statut social (pierderea unor prieteni comuni, a unor legături psihologice cu rudele partenerului) și parental (modificarea atitudinii copiilor). Importante sînt consecințele psihologice, afective, ale divorțului asupra copiilor și s-a observat în numeroase studii trăirea unui sentiment de ambivalentă (prin neînțelegerea exactă a situației de separare), imposibilitatea de a opta pentru unul sau altul din părinți, sentimente de senzitivitate și autovinovăție (prin tendința egocentrică de a înțelege și a raporta evenimentele la sine, descrisă de J. PIAGET, pînă la vîrsta de 8 ani), sentimente de devalorizare, anxietate existențială, teama de abandon, ca



și dorința de a-i determina pe părinți să se reunească (DERDEYN, BOHANNAN).

Depresia asociată divorțului poate fi atât cauză cit și efect (BRISCOE, SMITH, 1973), clinicianul evaluînd-o ca atare din punct de vedere diagnostic, terapeutic, psihoterapeutic. Pierderea statutului marital (prin divorț sau decésul unui soț) poate accentua dramatic

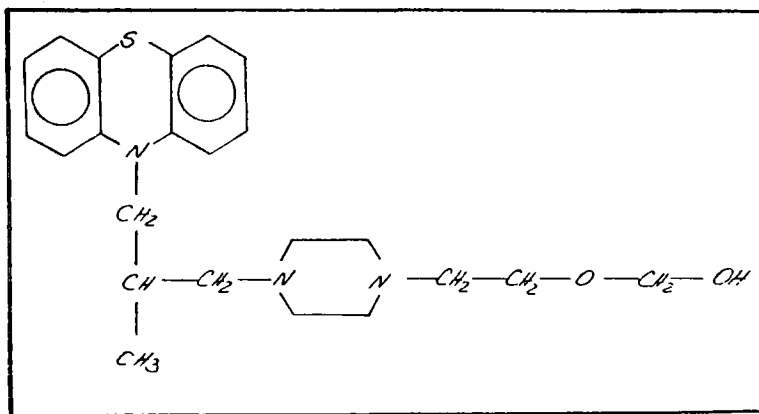
necomunicativitatea (eventual caracterială) a individului, pînă la realizarea suicidului „egoist”. SAINSBURY (1955) găsește în lotul de suicidari studiați 40% fără familii și alte studii găsesc rata suicidului printre cei rămași singuri, de patru ori mai mare decît în populația generală. O statistică americană stabilește, pentru perioada 1960—1971, o creștere a recăsătoriilor cu 40% pe an, față de 30% pentru căsătorii, iar creșterea numărului divorțurilor cu 80% (GLICK, NORTON, 1972). Aproximativ 20% din recăsătorii se sfîrșesc printr-un alt divorț.

În cazul alienației mintale cronice, constatată la unul dintre parteneri (prin expertiză medico-legală psihiatrică) în momentul contractării unei căsătorii, aceasta poate fi anulată printr-o procedură juridică simplificată (art. 613

administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

500. DIXON^(T) test ● Test psihologic care investighează sfera emoțională prin evaluarea disponibilității de a stabili relații interpersonale și sociale prin interpretarea răspunsului dat la expunerea unor fotografii evocînd situații de această natură. Utilizat în psihiatria infantilă (este pozitiv la copiii schizoizi) și a adulților.

501. DIXYRAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/2-metil-3-(4)hidroxietoxietil-1-piperazinii)propil/fenotiazină a fost introdus în clinică în 1964, performanțele sale situîndu-se între neuroleptice și tranchi-



CPC) de divorț, fără perceperea taxei stabilite de lege.

498. DIXERAN^(M) Austria, Belgia, Elveția — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă)-10,10-dimetil-9,10-dihidroantracena, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

499. DIXIBON^(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzoamic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică, cu indicațiile NL incisive (endogenii) și este util și în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive, în afecțiuni psihosomatice: ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Ménière. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate

lizante (după unii autori mai meticuloși, între acțiunea unui NL de tip LEVOMEPRAMAZINA și un tranchilizant de tip MEPROBAMAT). Constituie principiul activ pentru un număr redus de produși farmaceutici.

502. DIZARMONIC (cf. gr. *dys-* și *harmonia* „aranjare, acord”) ● Persoană ale cărei trăsături de personalitate se află într-un dezechilibru net, provocîndu-i dificultăți de adaptare. KRAEPELIN sublinia lipsa unui raport obișnuit între diversele componente ale personalității: „experiența vieții normale ne arată gradul în care predispozițiile morale și intelectuale sînt independente unele față de altele”. Insuficiența uneia din aceste două facultăți nu devine morbidă decît atunci cînd atinge un anumit grad stabilit convențional. Totodată, o dizarmonie prea mare între ele — arată psihiatrul german — are valoarea unui „semn de degenerare”.

Dizarmonia între diversele facultăți ale sintezei mintale este admisă de VERCIER printre criteriile negative ale personalităților dezechilibrate sau dizarmonice. Nu se poate afirma însă o apartenență netă a acestor tipuri de personalități la o categorie nosologică, după cum nici stabilirea unei tipologii a dizarmonicilor nu este relevantă, deoarece armonia personalității este o noțiune a cărei calitate reiese din acordul intim dintre calități, fără ca aceasta să fie în raport cu date cantitative.

503. **DIZARMONIE** (cf. gr. *dys-* și *harmonia*) ● Structura de personalitate a unor indivizi aflați la extremele axei normalității psihice, considerând adaptarea armonioasă la mediu (familiar, social, profesional) drept una din coordonatele esențiale ale normalului. Dacă psihiatrul francez vorbește de „dezechilibrați simpli” (hiperemotivul, instabilul, slabul psihologic, ciclotimul, excitabilul, paranoiacul, schizoidul și epileptoidul) și dezechilibrați psihopați („complecși” — cei care nu pot duce o existență armonioasă, nu se pot adapta exigențelor vieții în societate), psihiatrul germani acceptă termenul de personalități psihopate (sau psihopați) ; în Anglia se vorbește uneori de „nevroze impulsive”, iar în SUA, DSM III a încadrat această categorie la capitolul de „tulburări de personalitate”, adăugând noi subtipuri celor recunoscute clasic.

Tot mai mulți psihiatru acceptă ideea că psihopatia nu este o boală, ci un mod existențial, legat de structura intimă și proprie de „unicat” a individului, o modalitate proprie de a fi, de a exista, o „disgenezie a personalității” cum o numește H. EY. Noțiunea de dizarmonie nu trebuie confundată cu cea de delincvență, de amoralitate (moral insanity), de antisocialitate. Ea reflectă în esență faptul că dizarmonicul devine, pentru o lungă perioadă de timp, un neadaptat social care, neavând conștiința defectelor sale structurale, atribuie celorlalți cauza insucceselor și ieșirilor sale brutale. Dizarmonicul vine în contact cu instituția medicală în momentul apariției „decompensării”, moment în care medicului psihiatru i se relevă o personalitate anterioară particular structurată, dar nu o boală a personalității în sensul strict al cuvintului ; ca argument în sprijinul acestei afirmații vine faptul că, după ce „decompensarea” a fost rezolvată, contactul psihiatru-dizarmonic se va rupe (putând să reapară într-o nouă decompensare). Întrebarea fundamentală care se pune în legătură cu dizarmonia personalității este următoarea : poate fi considerată o trăsătură particulară de personalitate drept

boală psihică ce nu are nici început și nici sfârșit, care nu beneficiază de tratament specific și pe care nu și-a pus încă nimeni în gând să o vindece chimioterapic? Această „zonă minată” va trebui parcursă cu multă grijă și discernământ, pentru că nici un răspuns nu este și nici nu se întrevede a fi mulțumitor. Numeroase premise teoretice, ca și încercările de creare a unor modele de dezvoltare și funcționare, ilustrează că personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără o ereditate sănătoasă, fără influențe educaționale și culturale corespunzătoare. Când unul sau mai mulți din acești parametri se fragmentează sau sînt reduși la minimum, „șansa” apariției dizarmoniei structurale a personalității este deja creată. Conceptul de dizarmonie (respectiv dizarmonic) este de preferat celui de psihopatie (respectiv psihopat), întrucît este mai adecvat fenomenului pe care îl desemnează, reduce posibilitatea de confuzie terminologică (pentru neinițiați psihopatia a devenit o noțiune „elevată” care substituie vulgara și nemedicala „nebulie”, boală psihică = psihopatie, iar bolnavul psihic = psihopat) și exprimă mult mai bine sensul și conținutul tulburării de personalitate, văzută ca o rupere a echilibrului trăsăturilor firești ale personalității, cu accentuarea uneia sau mai multora dintre ele, avînd drept consecință disfuncționalitatea întregului ansamblu. Acest concept permite situarea fenomenului în afara patologicului, în zona de trecere dintre anormal și normal.

504. **DIZARMONIE INTRAPSIHICĂ** ● Termen propus de URSTEIN în 1912, pentru a-l înlocui pe cel de **DEMENTĂ PRECOCE**. Deși nu este lipsit de motivație, termenul propus nu a supraviețuit, el aflîndu-se în concurență cu cel de **SCHIZOFRENIE** — E. BLEULER (1911) și cu cel de **PSIHOZĂ DISCORDANTĂ** (CHASLIN, 1912).

505. **DIZEPIN^(M)** Bulgaria — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizate de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NA-POTON^(M)**.

506. **DOBEROL^(M)** RFG — DCI *Toliprolol* ● Betablocant de tip 1-(isopropilamino)-3-(metiloxi)-2-propanol, indicat în anxietate cu sau fără componentă somatică, tulburări de dinamică sexuală, alcoolism, sevraj, comba-

teea, tremorului parkinsonian și senil, dis-tonii neurovegetative, afecțiuni psihosoma-tice → BETABLOCANTE.

507. DOBESIN^(M) Danemarca, Suedia — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetice indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: nora-drenalină și dopamină), realizând un efect preponderent stimulator asupra sistemului ner-vos central și având valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră, o constituie narcolepsia și poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependen-ță. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

508. DOCIMOLOGIE (cf. gr. *dokime* „probă, încercare” și *logos* „cuvânt, discurs”) ● Dis-ciplină psihologică având ca obiect analiza modulului de desfășurare a examenelor și con-cursurilor, a notării și acordării calificativelor, a raportului existent între factorii obiectivi și subiectivi (care depind de examinator), în scopul mării corectitudinii hotărârii și di-minuării coeficientului de subiectivitate. Psi-hologului H. PIERON îi sînt atribuite primele cercetări în acest domeniu, sintetizate în lu-crarea „Studii docimologice” (1935). Pînă în prezent, coeficientul de subiectivitate nu a putut fi eliminat, deși el a fost semnificativ diminuat, prin suprimarea probelor orale sau înregistrarea lor pe bandă magnetică, în ab-sența comisiei (combătîndu-se astfel „efectul halo”), prin alcătuirea de bareme de notare și introducerea chestionarelor-teste cu mai multe variante de răspuns.

509. DOCITON^(M) Elveția, RFG — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

510. DOGMĂ-DOGMATISM (cf. gr. *dogma* „păreră, doctrină”) ● Mod de gândire rigid sau tendință absolutizantă a gândirii, care nu admite critici sau obiecții în formularea unor enunțuri, considerate premise sau concluzii imuabile. Pretinsele adevăruri absolute sînt doar afirmate, argumentele contrarii fiind respinse a priori. Asemănarea cu delirul pare evidentă (impenetrabilitate la critică și la argumentele realității) și este ușor de înțeles de ce dogma se poate transforma cu ușurință

în delir, dacă premisa de la care se pleacă este falsă. Dogmatismul este funciar teologiei și filozofiei de inspirație religioasă, care acceptă necritic, în temelul credinței, tezele postu-late de biserică, drept adevăruri relevante. Există și forme de dogmatism laic, a căror sursă comună rezidă în tendințele absoluti-zante ale gândirii nedialectice și care ignoră caracterul concret și procesual al adevărului. În filozofie se consideră dogmatice acele teorii care sînt fondate pe una sau mai multe certi-tudini prealabile, într-o formă sau alta de evi-dență (atitudinea opusă fiind criticismul, care suspendă orice judecată, investigînd mai întii limitele care circumscriu sfera cunoașterii aū-tentice), sau doctrinele care pretind inte-meierea unor concluzii definitive, absolvite de orice revizuire ulterioară (atitudinea opusă fiind scepticismul, care proclamă imposibili-tatea principală a demonstrării pe deplin con-vingătoare a oricărui adevăr).

În științele naturii sau în teoria și practica social-politică, dogmatismul s-a manifestat prin tendința de a considera drept criteriu de adevăr nu experiența, practica în continuă dezvoltare, ci exclusiv tezele și interpretările pretins infailibile consacrate de autorități. Psihiatria a fost și ea victima unor astfel de opinii, printre care pot fi amintite: localizaționismul, dege-nerescența, teoria reflexelor condiționate și freudismul, cu toate exagerările și „vinătoarele de vrăjitoare” specifice. Ultimele decenii, sub presiunea datelor științifice acumulate într-un ritm extrem de rapid, ca și a unei deschideri largi către alte domenii de studiu, nu au mai fost marcate decît de o singură orientare dog-matică, cea antipsihiatrică, orientare care însă s-a autoizolat și nu a avut răsunetul scontat de inițiatori.

Atitudinile care însoțesc dogmatismul pro-movat de bolnavul psihic, delirant sau nu, sînt fanatismul și intoleranța.

511. DOGMATIC^(D) delir ● Formă rară a delirului din schizofrenia adolescentului, des-crisă de CLÉRAMBAULT, în care raționalis-mul este împins pînă la absurd, iar realitatea este pur și simplu nerecunoscută. Idei filozo-fice, științifice, politice sînt asociate absurd și ridicate la rangul de principii călăuzitoare ale vieții subiectului, care se organizează dis-cordant și mecanic, după principii în afara oricărei realități.

512. DOGMATIL^(M), DOGMATYL^(M) Aus-tria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Japonia, RFG, Spania — DCI *Sulpridă* ● Neuro-leptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil-/5-sulfamoil-o-ani-

samidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are aceleași indicații cu cele ale NL incisive (endogenii), fiind util și în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea MAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

513. DOIMAZIN^(M) Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziecilor, hipnoticilor și analgeicilor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

514. DOKSAPAN^(M) Turcia — DCI *Dexoprină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/o-xepin- $\Delta^{11(6H)}$ -propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, fapt care-i face pe unii autori să-l considere un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși MAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN^(M).

515. DOLICOMORFIE (cf. gr. *dolichos* „lung”; *morphe* „formă”) — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER^(B) boală; ARAHNO-DACTILIE; DISMEZECTOPIE LAVAL; DISTROFIE NEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFÉ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ACHARD^(S) sindrom; MARFAN-ERB^(S) sindrom → DOLICOSTENOMELIE.

516. DOLICOSTENOMELIE (cf. gr. *dolichos*; *stenos* „îngust”; *melos* „membră, extremitate,”) — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER^(B) boală; ARAHNO-DACTILIE; DISMEZECTOPIE LAVAL; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFÉ; DOLICOMORFIE; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ACHARD^(S) sindrom; MARFAN-ERB^(S) sindrom ● A fost descris în 1876 de WILLIAMS, în 1896 de MARFAN și în 1902 de ACHARD. Apare relativ frecvent (peste 500 cazuri publicate pînă în prezent). Are caracter ereditar și familial autosomal-dominant; Patogenia sindromului este încă necunoscută, cercetări recente tind să sublinieze rolul unui aminoacid (hidroxipralina) în alterarea substanței fundamentale a țesutului elastic și colagen.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin anomalii osteoarticulare (dolico-stenomelie și arahnodactilii, cu degete de „păianjen”, statură înaltă, peste media vârstei, hiperlaxitate articulară, torace „în pilnie”, spina bifida etc.) și oculare (cataractă, retinită pigmentară, microoftalmie, colobomă etc.), manifestări cardiovasculare constante (leziuni aortice și ale arterei pulmonare, comunicare interarticulară sau interventriculară etc.), hipotonie musculară, hipereactivitate generalizată, convulsii. Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, mortalitatea aînd crescută mai ales datorită complicațiilor cardiovasculare. Tratatamentul este simptomatic (medicamentos și chirurgical).

517. DOLIU (cf. lat. *dolere* „a suferi, a fi întristat”) ● Ansamblu de procese, reacții și comportamente care apar la pierderea unei persoane apropiate sau a unui substituit al respectivei persoane. Psihologic, reacția de doliu este o reacție normală, în măsura în care pierderea ființei apropiate antrenează, în mod firesc, o suferință. Psihanaliza consideră că doliul se declanșează prin mecanisme conștiente și inconștiente, avînd ca semnificație profundă o problematică a detașării, a separării. FREUD („Doliu și melancolie”) explică travaliul doliului astfel: realitatea arată subiectului că obiectul în care el a investit nu mai există, ca urmare subiectul ar trebui să-și retragă investiția libidinală; în mod normal, subiectul ar urma să se supună realității, să o accepte și să o integreze. O perioadă, obiectul continuă să existe în plan psihic; cu timpul, energia subiectului este reinvestită (în profesie, activități etc.) și astfel se produce detașarea libidoului de obiectul pierdut. El se eliberează de inhibiții.

Doliul reprezintă, incontestabil, o reacție normală. Durata, intensitatea, conținutul trăirilor legate de doliu pot trece însă granițele normalului spre patologie, cînd subiectul se simte vinovat de moartea survenită, se crede posedat de defunct, rememorează obsedant împrejurările morții, exagerează în îndeplinirea ritualurilor obișnuite după moarte, se crede bolnav de boala defunctului, își prelungește suferința și se simte vinovat de momentele în care durerea se diluează, este uneori demonstrativ în suferință. FREUD și lucrările ulterioare de psihanaliză atribuie doliul patologic conflictului ambivalențial al subiectului, dragostei și urii (chiar a dorinței de moarte) nutrite concomitent față de persoana dispărută. Culpabilitatea legată de tendințele agresive refulate împiedică sau încetinește

travaliu de doliu, complicându-l cu apariția unor simptome nevrotice.

Depresia de coloratură isterică, consecutivă unei pierderi reale, se produce ca urmare a regresiei la un obiect abandonat în copilărie, evenimentul exterior fiind important doar prin activarea acestei tendințe la regresie. Răspuns ideo-afectiv și comportamental la pierderea unei ființe dragi, cu mecanism similar oricărei reacții psihologice „normale”, experiența doliului permite în același timp intrarea în sfera psihopatologiei, pe aceeași „poartă” cu melancolia (psihoza depresivă descrisă de ABRAHAM în 1912 și de FREUD în 1916, în lucrarea sa „Doliul și melancolia”). Simptomatologia comună constă în scăderea interesului pentru lumea exterioară, sărăcirea vieții de relație, instalarea unei inhibiții psihomotorii generale, sentimentul pierderii autostimei, autodeprecierii.

Factori psihologici ca ambivalența, culpabilitatea, mecanismul de identificare cu defunctul, favorizează instalarea melancoliei de doliu. „În loc să se scurgă spre lumea exterioară, fluxul de energie refulează în lumea interioară și investește narcisic însuși Eul... toată agresivitatea împotriva subiectului este dirijată acum împotriva Eului propriu” (H. DEUTSCH — „Psihanaliza nevrozelor”). Se conturează astfel un veritabil tablou al melancoliei declanșată de doliu, cu pierderea sentimentului de autostimă (autoreproșuri, autoînjurii) și așteptarea delirantă a unei pedepse.

518. DOLIU — reacție ● Abordarea doliului în lumina „comprehensibilității” lui K. JASPERS (1913) consolidează ideea apartenenței situației de doliu la categoria reacțiilor normale, prin identitatea „modului de a deschide și de a privi înăuntrul relației situație-reacție”. La rîndul lor, datele oferite de antropologia culturală (rituri, credințe) completează datele psihopatologiei în explicarea travaliului de doliu normal, al cărui deznodămînt firesc, natural, constă în faptul că Eul redevine liber, fără inhibiții, pregătit să investească într-un nou obiect (cum susține psihanaliza). În acest sens HANUS, citat de M. POROT, distinge mai multe forme de doliu :

● *Doliul normal* — care cuprinde trei etape succesive : disperare, depresie și adaptare, derulate într-o perioadă de timp care reunește și mixează laolaltă ambivalența, agresivitatea și culpabilitatea, dar care nu scapă de sub un control coerent și este situația în care psihiatrul n-ar trebui să pună diagnosticul de „depresie de doliu” (GORGOS, 1985), realizînd faptul că atenția sa ar trebui îndrep-

tată asupra celor care nu au această tulburare în condițiile pierderii unor persoane apropiate.

● *Doliul complicat*, numit și „doliul imposibil”, caracterizat prin incapacitatea de stăpînire a sentimentului de irecuperabilitate a pierderii suferite, pe o durată de timp ce se prelungește indefinit, datorită unor mecanisme psihologice aparent extreme pe axa afectivității. Supapa o reprezintă tulburările psihosomatice care apar în mod frecvent și contribuie, într-o oarecare măsură, la rata crescută a morbidității și mortalității (dar nu și a suicidului) din anii ce urmează doliului.

● *Doliul patologic* poate reprezenta o ocazie de recădere (mai rar de debut) a unui acces depresiv endogen sau maniacial, intensitatea psihotică fiind mult mai rar atinsă comparativ cu cea nevrotică, a cărei diversitate de forme și nuanțe este practic infinită, în raport cu structura particulară de personalitate.

Neglijarea unor eventuale elemente de psihopatologie ce se pot strecura în mod insidios într-o reacție de doliu aparent normală, ca și „psihiatrizarea” altora datorită tendinței unor psihatrii de a ignora sau a nu recunoaște normalitatea, reprezintă două atitudini la fel de dăunătoare. Un examen clinic atent, o evaluare fizică globală, fundamentată, pe largi resurse de înțelegere și compasiuneă pot fi elemente utile în diagnosticul și terapia reacției de doliu.

519. DOLSEDOLO (M) Japonia — DCI *Ami-triptilină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo[a,d]-cicloheptană- Δ^5 - γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică, și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ (M).

520. DOMALIUM (M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM (M).

521. DOMALIUM COMPUESTO (M^C) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune și care se completează :

● DIAZEPAM (M) — tranchilizant și

● FENITOIN (M) — anticonvulsivant.

Are acțiune anticonvulsivant-miorelaxantă.

522. DOMAR (M) Italia — DCI *Pinzepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip

7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propionil)-2H-1,4-benzodiazepină-2-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativ-hipnotică.

523. **DOMATOFOBIE^(P)** (cf. gr. *domos* „casă, adăpost” și *phobos* „frică”) ● Variantă a claustrofobiei, în care se circumscrie mai precis spațiul claustrării: casa, încăperea → **CLAUSTROFOBIE^(P)**.

524. **DOMICAL^(M)** Anglia ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic → **AMITRIPTILINA^(M)** România.

525. **DOMINAL^(M), DOMINAL FORTE^(M)** Anglia, Belgia, Franța, Olanda, RFG — DCI **Protipendil** ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-pirido[3,2-b][1,4]-benzotiazină, cu acțiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare minore.

526. **DOMINANS^(M)** Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care însă se completează:

- **NORTRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic
- **FLUFENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Acțiunea cumulează efectele antidepresive cu cele ale neurolepticului.

527. **DOMINANTE^(M) halucinații** (fr. *dominant*; cf. lat. *dominari* „a domina”) ● Fără să desemneze un tip psihopatologic de fenomen halucinator, acest termen se referă la o particularitate (în special cantitativă) a unei modalități specifice de halucinații: auditive, vizuale, cenestezice etc., în cadrul unui tablou delirant paranoic.

528. **DOMINANTE** — idei ● Tulburări în valorizarea judecăților, care au caracter tranzitoriu și se detașează din planul celorlalte idei, impunându-se gândirii. Hipervalorizarea lor ține de particularități ale personalității subiectului, fie că el este sau nu conștient de aceasta, iar conținutul lor este legat, de obicei, de preocupări concrete. Se întilnesc în reacții psihogene, fiind favorizate de alcoolism și surmenaj. Trebuie făcută distincția între aceste idei și conținuturile ideative legate de anumite preocupări profesionale sau artistice, care reprezintă o polarizare voită și dorită a ideatei subiectului în jurul problemelor respective. Aceste idei nu au nimic comun cu patologicul, atâta timp cât ele crează valoarea artistică sau științifică.

529. **DOMINIL^(M)** RFG. ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **DOMINAL^(M)** Anglia.

530. **DOMNAMID^(M)** Danemarca — DCI **Estazolam** ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-6-fenil-4H-s-triazolo-10/4,3-a//1,4/benzodiazepină, cu acțiune ușor anxiolitică și marcat sedativ-hipnotică.

531. **DONAPAX^(M)** Mexic — DCI **Clordiazepoxid** ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspindite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NA-POTON^(M)**.

532. **DONAȚIE** (cf. lat. *donare* „a dăru”) ● Act de învoială (contract) prin care o persoană renunță definitiv la un bun al său, în favoarea aitei persoane, care acceptă acest bun. Donația se poate face în timpul vieții sau prin testament (fiind valabilă după moartea donatorului).

În psihiatrie, donațiile incompreensibile, bizare sau excesive — în sensul că se fac unor persoane necunoscute (alese aleator, de exemplu dintr-o carte de telefon) sau unor instituții (biserici sau societăți chinologice, de exemplu) în defavoarea persoanelor îndreptățite (descendenți, părinți, rude) sau afectând mijloacele de subsistență ulterioară ale donatorului — pot constitui semne patognomice pentru depistarea unei demențe (senile sau presenile), unei psihoze afective în acces maniacal și, mai rar, al unui sindrom discordant.

533. **DONIX^(M)** Spania — DCI **Lorazepam** ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

534. **DONJUANISM** — sin. **GINECOMANIE** ● Tulburări în comportamentul sexual (hipersexualitate) al unor indivizi de gen masculin, constind în căutarea continuă de experiențe erotice, cu un număr cit mai mare de parteneri. Comportamentul erotomanic se caracterizează prin superficialitate și multitudinea legăturilor sexuale ale subiecților, preocupați să-și dovedească permanent capacitatea de a interesa și cuceri noi și noi parteneri. S-ar datora unui narcisism accentuat, cu apariția în compensație a fricii de a nu fi suficient iubit și a unei fixații pregenitale a sexualității,

cu o componentă sadică. Rezultă astfel o nevoie de a acumula succes după succes pe plan erotic, pentru a anula eșecuri iminente și a se elibera de culpabilitatea de a le fi avut. Termenul provine de la numele lui Don Juan



Tenorio din Sevilla, personaj al unei legende spaniole medievale (secolul al XVI-lea), faimos prin cuceririle sale amoroase, care reapare în drama lui TIRSO de MOLINA „Seducătorul din Sevilla” (1630) și apoi în creația a numeroși scriitori (GOLDONI, BYRON, MOULIÈRE, PUŠKIN, SHAW) și compozitori (MOZART, GLÜCK, R. STRAUSS, HOFFMANN).

Donjuanismul este considerat de unii autori (GUIORA, 1966) ca un aspect al personalității de tip isteric masculin, iar pentru alții (MYRE SIM, 1969) indică imaturitatea sexuală, fiind, în realitate, o încercare de reprimare a tendințelor homosexuale latente.

535. **DONQUIJOTISM** ● Termen derivat din numele eroului lui CERVANTES, folosit pentru a defini trăsături accentuate de personalitate ale indivizilor care se dedică voluntar și dezinteresat unor cauze justițiare sau unor idei reformatoare, susținute și apărate cu tenacitate, în absența simțului critic, ajungând la un „monoidism ce favorizează iluzia și orbirea sentimentală” (M. POROT, GUTMANN). Unii autori consideră donquijotismul ca particularitate a idealistului pasionat (DIDE) și a visătorului activ (BOREL), iar alții (CULEON) îl apreciază ca o formă de tranziție între delirul de imaginație și cel de inter-

pretare (DESCHAMPS, LÔO). Reabilitind o accepțiune generoasă a termenului, H. DEUTSCH atribuie donquijotismul unei „eternă aspirații” a spiritului uman, caracteristică unui „erou” care luptă împotriva exigențelor reali-



Don Quijote

tății refuzându-le, și încercând să le supună idealului Eului său narcisic.

536. **DOPAJ** (fr. *dopage*) ● Modalitate artificială de creștere a randamentului activității generale, prin creșterea rezistenței la supra-solicitare fizică și psihică. Toate aceste efecte se pot obține prin utilizarea frecventă și pe o durată mare de timp a unor substanțe psihostimulante (cofeină, amfetamine, alte psihenergizante), sub acțiunea lor obținându-se o atenuare aparentă a senzației de oboseală, ceea ce permite prelungirea unui efort, până la epuizare. Utilizarea abuzivă a acestor droguri determină însă insomniile, anorexie, dificultăți mnestice, alterări ale timiei, iritabilitate. Se descriu, de asemenea, tulburări de comportament sau chiar psihoze amfetaminice. Subiecții care utilizează dopajul pot ajunge, prin creșterea progresivă a dozelor, la toleranță și dependență, cu apariția simptomatologiei de sevraj. De regulă, dopajul se asociază cu creșterea apetitului pentru băuturi alcoolice sau cu abuzul de hipnotice.

537. **DOPAMINĂ** ● Metabolit al dezoxifenilaminei (DOPA), neurotransmițător cu acțiune

la nivelul sistemului nervos central (CARLSSON, 1957). Cunoscută inițial ca produs intermediar pe calea de sinteză a noradrenalinei și adrenalinei, dopamina este implicată în procesele de neurotransmisie centrală și periferică. Dopamina reprezintă mai mult de 50% din cantitatea totală de catecolamine cerebrale, iar din această cantitate, 80% se află în nucleii bazali.

Sinteza dopaminei parcurge următoarele etape :

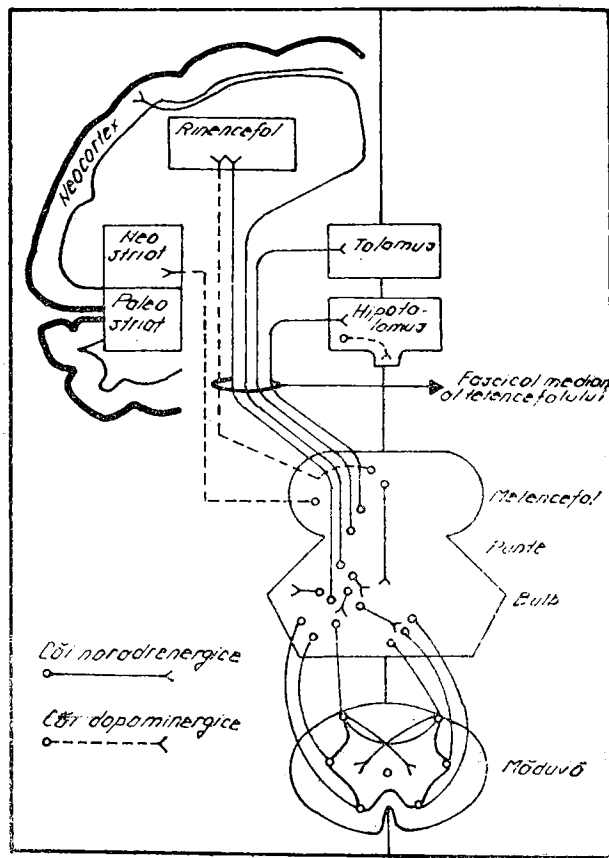
- captarea tirozinei din sînge în neuron ;
- transformarea în DOPA prin acțiunea tirozinhidroxilazei (etapă limitantă). Activitatea tirozinhidroxilazei reglează întreg lanțul metabolic, prin mecanisme de feed-back, în funcție de cantitatea de dopamină sintetizată ;
- DOPA este transformată în dopamină prin acțiunea unei decarboxilaze și apoi stocată în granule presinaptice.

Degradarea dopaminei presupune intervenția monoaminoxidazei (MAO) și catecol-o-monoamintransferazei (COMT). Produsul final de degradare este acidul homovanilinic. Tehnici de histofluorescență și imunofluorescență au permis individualizarea în sistemul nervos central a patru mari sisteme neuronale dopaminergice :

- sistemul nigrostriat, constituit din corpuri celulare situate în nucleul A_9 din locus niger, care fac sinapsă în striat ; acest sistem controlează, în parte, motricitatea extrapiramidală ;
- sistemul mezolimbic, care pleacă din nucleul A_{10} din locus niger și se termină în nucleul acumbens, tuberculul olfactiv și stria terminală. Acest sistem joacă, probabil, un rol în viața emoțională ;
- sistemul mezocortical, care pornește din nucleii A_9 și A_{10} din locus niger și sfîrșește pe fața profundă a contextului frontal. Are rol în fenomenele de integrare cerebrală, iar perturbările acti-

vității lui se întîlesc în unele forme de schizofrenie ;

- sistemul tubero-infundibular, cu origine în nucleii A_{12} și A_{13} din hipotalamus și



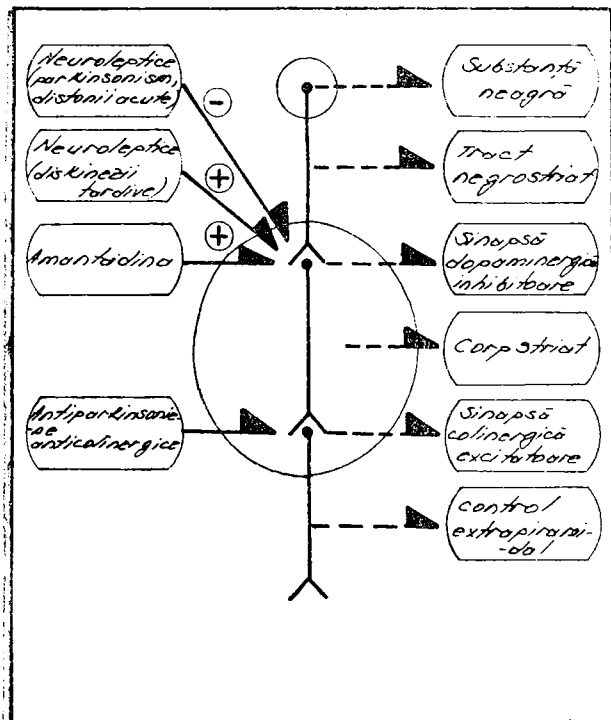
Căi biochimice noradrenergice și dopaminergice cu originea în trunchiul cerebral

terminat în eminența mediană. Inhibă secreția de prolactină.

Receptorii dopaminergici se mai întîlesc, în afara sistemului nervos central, și în sistemul vascular renal. Aspectul funcțional dinamic, al interacțiunii dopaminei cu receptorii dopaminergici pre- și postsinaptici se realizează după schema generală (→RECEPTORI).

Au fost puse în evidență două tipuri distincte de receptori dopaminergici :

- D_1 — cuplați de adenilatciclaza membranară; efectul stimulării lor este de lungă durată, cu caracter modulator;
- D_2 — a căror prezență nu pare a fi legată de adenilatciclază, dar a căror ac-



Influențe medicamentoase asupra sinapselor dopaminergice

tivitate pare a fi implicată în acțiunea terapeutică a neurolepticelor (efecte adenzinmonofosfat-independente, cu caracter inhibitor).

Unii autori au descris receptori de tip D_3 și D_4 , a căror existență este încă controversată. Receptorii dopaminergici centrali determină efecte excitatoare sau inhibitoare, astfel:

- receptori inhibitori ($DA-R1$) sînt distribuiți difuz, au o localizare postsinaptică, sînt aferenți unor fibre dopaminergice ce se formează imediat după naștere și rezistă la depleția cu reserpină, ei mediind apariția potențialelor postsinaptice inhibitoare, ce frinează ac-

tivitățile colinergice excitatoare din teritoriile în care se află;

- receptorii centrali excitatori ($DA-RE$) sînt mai puțin răspîndiți, se localizează presinaptic în neostriat și nucleul caudat, sînt aferenți unor terminații dopaminergice ce apar tardiv, după naștere, și sînt sensibile la depleție; prin intermediul lor, se realizează blocarea eliberării acidului gamaaminobutiric (GABA), inclinand echilibrul sinaptic local în favoarea efectelor postsinaptice excitatoare.

Eliberarea de dopamină interesează, mai ales, spațiile lungi extracelulare, ceea ce favorizează caracterul difuz al efectelor ei. Un mare număr de substanțe psihotrope, utilizate ca agenți terapeutici sau reactivi farmacologici, modifică activitatea dopaminergică. Printre substanțele care favorizează activitatea dopaminergică, unele accelerează eliberarea de dopamină din terminațiile presinaptice (astfel sînt amfetaminele, dar efectul lor privește eliberarea tuturor catecolaminelor). Alte substanțe acționează mai ales, printr-o inhibiție a recaptării, la nivelul presinaptic (cocaina). În același mod acționează nomifensina, substanță introdusă în terapia depresiilor nevrotice inhibitate. Alte substanțe acționează simulind direct receptorul postsinaptic (L-dopa, bromocriptina, apomorfina).

Substanțele blocante ale acțiunii dopaminergice la nivel postsinaptic aparțin grupului de neuroleptice. În funcție de structura lor chimică, neurolepticele au o afinitate diferită față de receptorii D_1 și D_2 , dar și față de diversele sisteme dopaminergice (de exemplu, haloperidolul are o afinitate mai mare pentru sistemul nigrostriat decît pentru cel mezolimbic și mezocortical). Acțiune inversă are sulpiridul. Interesul practic pentru dopamină a stimulat și observații privind reducerea nivelului ei (1960) în structurile striate ale parkinsonienilor, ceea ce a deschis calea terapiei dopaminergice în această afecțiune.

În psihiatrie, interesul practic pentru dopamină este legat de înțelegerea modului de

acțiune a neurolepticelor și de formularea unor ipoteze (dopaminergice) privind schizofrenia. Astfel, mescalina, a cărei acțiune halucinogenă este bine cunoscută, nu este decit dopamina metilată. Există în organism enzime ce favorizează reacția de metilare, enzime a căror activitate poate fi declanșată de o anomalie genetică, aflată deci la originea metilării patologice a dopaminei. În prezent însă, nu poate fi evidențiat eventualul metabolit normal metilat. O altă ipoteză mai convingătoare pare a fi aceea care susține că toate substanțele cunoscute pentru activitatea lor stimuloare dopaminergică agravează schizofreniile paranoide și sint susceptibile de a provoca la subiecți normali tablouri clinice de delir paranoid. Invers, toate substanțele cu activitate neuroleptică (blocind receptorii dopaminergici post-sinaptici) ameliorează simptomatologia delirantă a schizofreniilor paranoide. În ceea ce privește implicarea dopaminei în tulburările de dispoziție, există date certe asupra aspectelor simptomatice ale sindroamelor depresive determinate de hipoactivitatea dopaminergică. Numeroase substanțe ce facilitează transmiterea dopaminergică par a fi capabile să amelioreze depresiile. În ciuda acestor elemente, este greu de stabilit o legătură directă între modificările biologice dopaminergice terapeutice și ameliorarea aspectelor clinice, dată fiind eterogenitatea factorilor biochimici implicați.

53 DOPHENIN^(M) URSS — DCI Fenis.
toinum → FENITOIN^(M) România.

539. DOPRENE^(MC) Grecia. Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează. Este compus din :

- DEANOL PYROGLUTAMATE^(M) — nooanaleptic, derivat dimetil-aminoetanolic §

- HEPTAMINOL^(M) — roborant proteic. Are acțiune psihostimuloare.

540. DORACIL^(M) Argentina — DCI Mefenorex ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N-(3-cloropronil)- α -metilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice reduse și bune performanțe anorexigene. Util în tratamentul adjuvant neuroleptic.

541. DORAFOBIE^(P) (cf. gr. *dora* „piele“ ; *phobos* „frică“) ● Teamă nejustificată, cu caracter patologic, de a atinge blana unor animale care nu pot produce nici un rău și care, în mod normal, pot fi mingiate. Nu trebuie

confundată cu zoofobiile și nici cu teama de animale necunoscute.

542. DOREVANE^(M) Belgia, Franța — DCI Propiomazine ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 1-/10-(2-dimetilamino-propil)fenotiazin-2-il/-1-propanol, cu acțiune sedativă inferioară CLORDELAZINULUI, dar cu certe calități sedativ-hipnotice.

543. DORIDEN^(M) Elveția — DCI Glutetimid → GLUTETIMID^(M) România.

544. DORINȚĂ (cf. lat. *dolere* „a dura“) ● În psihologia clasică, desemnează o trebuință conștientizată sau o tendință devenită (în condiții de conflict, frustrare etc.) conștientă de scopul ei (proiectat sau anticipat). Reprezintă o componentă de motivație, situându-se pe traiectul trebuință-tendență, dorință-scop, cu dublă articulară : biologică (starea de necesitate internă, subiectivă) și socială (cerința sau valoarea pe care încearcă să o exprime). Dorințele se ierarhizează diferențiat în sistemul motivațional-afectiv, rezumind o istorie particulară a speciei umane și mai ales a existenței



individuale. Au rol dinamogen și orientativ, semnalând o nevoie sau denunțând o limită (sau o lipsă) a subiectului,³ ceea ce nu determină automat și satisfacere sau activitate compensatorie. Dorințele reflectă gradul de concordanță sau discordanță dintre trebuințele

subiectului și condițiile obiective, apărind, în ultimă instanță, ca o „trăire a împrejurării de viață”. Deși constituie premise ale actelor voluntare, prezența dorințelor nu echivalează cu satisfacerea lor automată prin acțiuni voluntare, corespunzătoare. Conștiința le triază, dă curs împlinirii sau le reprimă pe altele. „Tendința este subordonată dorinței și dorința subordonată voinței”. — arăta LACHELIER. Dorințele dau coloratură vieții afective, generează sentimente și pasiuni „Orice năzuință sau dorință este expresia unui impuls de a anihila o lipsă, de a îndepărta o neliniște, de a evita o primejdie, de a părăsi o stare pentru alta mai bună. Dinamica vieții afective este prin excelență un joc de forțe ce se ciocnesc sau se favorizează, un spectacol în care se confruntă Binele cu Răul... o gamă infinită de culori și tonuri, plină de vigoare și dinamism” (V. PAVELCU). Omul lipsit de dorințe este un „infirm”, un „mutilat”.

Psihanaliza consideră dorința ca aparținând inconștientului. În perspectivă psihaanalitică, dorința este factorul dinamic căruia i se opune defența. Dorința se supune legilor procesului primar, arătând existența unei lipse legate de primele experiențe de satisfacție (sau existența unei frustrări, în sensul în care frustrarea este implicată în notiunea de „defect fundamental” a lui BALINT), FREUD („Interpretarea viselor”) definește dorința ca reaparitie a unei imagini mnezice, legate de o trebuință ; dorința ar fi reinvestirea acestei imagini mnezice, ca încercare de a restabili o situație de satisfacție primară. Astfel, visul (FREUD) devine „realizarea simbolică a unei dorințe refulate”, iar fantasma „realizarea halucinatorie a dorinței”.

545. **DORISAN^(M)** Grecia — DCI *Propanolol*. ● Psihotrop, betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

546. **DORKELY-AMEN^(T) test** ● Metodă proiectivă de investigare a personalității, folosită inițial în clinica infantilă (destinată copiilor între 8—11 ani). Subiectului i se prezintă un număr de 12 imagini redând situații emoționale neutre și nefinalizate tematic, cerându-i-se să întocmească o poveste pe marginea fiecărei imagini prezentate. Numărul pozelor pentru care copilul definește expresia feței personajului ca tristă oferă examinatorului un indice al nivelului de neliniște, pe care acesta îl poate raporta la situații concrete (casă, școală, stradă), conform celorlalte ele-

mente din imagine. KALININA a extins, în 1980, metoda amintită, spre a putea fi aplicată și în cercetări asupra adolescenților.

547. **DORKEN^(MC)** Spania ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează :

- DIPOTASSIUM CLORAZEPATE^(M)
- GABOB^(M)
- PYRIDOXINA^(M)

Are acțiune anxiolitică și psihotonă.

548. **DORM^(M)** Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

549. **DORMABROL^(M)** Austria — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propanediolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioldicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anti-convulsivantă și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se intrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

550. **DORME^(M) SUA** — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

551. **DORMICUM^(M)** Austria — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

552. **DORMIGEN^(M)** Spania — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-[2-(diethylamino)etil]-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte, contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

553. **DORMIPHEN^(M)** Cehoslovacia — DCI *Cyclobarbitalum* ^{sin.} → CICLOBARBITAL^(M) România.

554. **DORMIPHEN^(M)** S.U.A. — DCI *Melipentinal*. ● Tranchilizant; derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-01, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

555. **DORMODOR^(M)** Spania ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **DORMIGEN^(M)** Spania.

556. **DOROMANIE** (cf. gr. *didomi* „a dăruii” și mania „nebulie”) ● Dorința patologică de a dăruii diferite bunuri persoanelor din anturaj, spre a le oferi și spre a-și oferi satisfacții, întilnită în manie, demențe. Absența discernămintului în această circumstanță și a încărcăturii ideo-afective, care însoțește oferirea unui dar, în mod normal, atrage atenția asupra caracterului bizar, aleator și nemotivat al acestei acțiuni. Termenul este rar folosit, deși actul apare destul de frecvent.

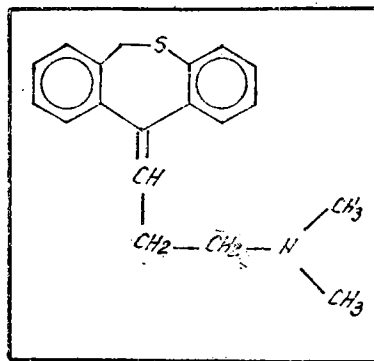
557. **DORSIFLEX^(M)** Austria, Elveția, Grecia. — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-(0-metoxifenoxi)metil-2-oxazolidinonă, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efecte secundare practic nule, de o bună toleranță.

558. **DOSIOS** Periclis Anastase Andrei (1900—1974) ● Psihiatru român, face studiile liceale la Craiova și începe studiul de drept la București, pe care le întrerupe pentru a se dedica, la Paris, medicinii (1920—1927). Lucrarea sa de doctorat asupra luxației congenitale coxofemorale părea să indice orientarea spre ortopedie a tînărului absolvent. Totuși, după o scurtă revenire în țară, aprofundează studiul psihiatric, la Bicêtre și Salpêtrière. După întoarcerea sa definitivă în țară (1932), lucrează la Sibiu cu doctorul Gh. PREDĂ. În 1934, este angajat intern la Spitalul „Gh. Marinescu”, unde se va titulariza în 1936.

„Bucurîndu-se de fama de a fi unul dintre cei mai culti medici din România” (P. CORTEZ, M. SĂRMĂȘANU-CORTEZ), are o activitate științifică bogată, publicînd două monografii: una dedicată alcoolismului (1949), și alta schizofreniei (1955) și pește o sută de comunicări, în periodice străine și românești.

559. **DOSULEPIN^(D.C.I)** ● Derivat dibenzotiepinic, de tip N,N-dimetildibenz/b,e/tiepin- $\Delta^{11(6H)}\gamma$ -propilamină, cu acțiune antidepressiv timoleptică moderată, dublat de calități anxiolitice. Efectele secundare sînt moderate. Are o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici: **DEPRESYM^(M)** S.U.A.

PROTHIADEN^(M), Anglia, Belgia, Cehoslovacia, Franța.
XERENAL^(M) Austria.



560. **DOUBLET** Francois (1751—1795) ● Psihiatru francez, coautor al lucrării „L'Instruction de 1785”, alături de COLOMBIER. Ideile sale generoase nu vor fi date uitării odată cu moartea sa prematură, poate și datorită faptului că succesorul său la catedră va fi P. PINEL.

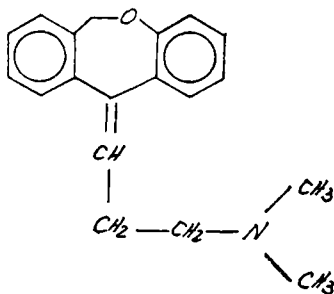
561. **DOVAL^(M)** Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

562. **DOWN^(B)** boală — sin. **ACTOMIMIE**; **DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MENTALĂ**; **IDIOTIE EURFURACEE SEGUIN**; **IDIOTIE MONGOLOIDĂ**; **MONGOLISM**; **SEGUIN^(B)** boală; **TRISOMIE 21**; $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **LANGDON-DOWN^(B)** boală. ● La indicația OMS termenii **DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ**, **IDIOTIE MONGOLOIDĂ** și **MONGOLISM** se recomandă a nu mai fi utilizați.

563. **DOXAL^(M)** Finlanda, **DOXECAN^(M)** Coreea $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **DOXEPIN^(M)** România.

564 **DOXEPINE^(D.C.I)**; **DOXEPIN^(M)** România ● Derivat dibenzoxepinic, de tip N,N-dimetildibenz/b,e/oxepin- $\Delta^{11(6H)}\gamma$ -propilamină — structură foarte asemănătoare cu a dosulepinelor —, cu acțiune antidepressiv timoleptică moderată, cu valențe anxiolitice bine conturate,

fapt care-i face pe unii autori să-l considere mai mult un bun tranchilizant cu valențe antidepressive. Indicat în anxietatea și depresia de intensitate nevrotică din psihosomatică,



post-partum, alcoolism, reacții și, asociat, în tratamentul de întreținere al depresiilor psihotice. Buna sa toleranță, cât și toxicitatea redusă îl fac util în depresiile vîrstnicilor. Contraindicat în glaucom, adenom de prostată și nu se administrează concomitent cu IMAO. Reacțiile secundare sînt cele ale antidepressivelor timoleptice, în general, dar mai atenuate. Produsul este întilnit sub următoarele forme de prezentare, în practica curentă:

Cel mai cunoscut:

SINEQUAN^(M) Anglia, Australia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Norvegia, Portugalia, R.F.G., Spania, S.U.A. §

Alte forme:

ADAPIN^(M) S.U.A.
 APONAL^(M) R.F.G.
 DOKSAPAN^(M) Turcia
 DOXAL^(M) Finlanda
 DOXECAN^(M) Coreea
 DOXEDYN^(M) Finlanda
 GILEX^(M) Israel
 NOVOXAPIN^(M) Spania
 QUITAXON^(M) Anglia
 SERECAN^(M) Coreea
 SUMIKANG^(M) Coreea
 TORUAN^(M) Spania.

565. DOXYFED^(M) S.U.A. — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

566. DOZĂ (fr. *dose* § cf. gr. *dosis* „acțiunea de a dăru, dar, parte”) ● Cantitate de medicamente administrate în așa fel încît să producă o anumită concentrație tisulară, care, la rîndul

ei, să determine un anume efect. Dozarea unui drog (termen folosit aici în sens de agent terapeutic) reprezintă o decizie luată în raport cu patru variabile:

cantitatea de drog administrat într-o singură priză §

- calea de administrare a drogului §
- intervalul dintre doze §
- durata totală de administrare a drogului.

Exprimată în grame și submultipli acestora sau în unități biologice (cantitatea definită prin efectul biologic produs la animale), doza va fi variabilă în funcție de calea de administrare, aprecierea ei fiind în funcție de greutatea sau de suprafața corporală (doză/kg corp, doză/1 m² de suprafață corporală).

După mărimea dozelor la care apare un anume efect biologic, substanțele medicamentoase pot fi calificate drept inactive, slab active, active, puternic active (STROESCU). Tipurile de doze sînt numeroase și în relație strînsă cu efectele biologice produse. Astfel, efectul dorit se poate obține cu o doză a cărei valoare este cuprinsă între doza minimă la care apare efectul și doza maximă care, odată depășită, determină apariția unor efecte toxice. Între cele două valori, se află zona de manevrabilitate a drogului utilizat. În funcție de farmacocinetica drogurilor, acestea pot fi administrate în una sau mai multe prize. În funcție de concentrația sanguină dorită și de timpul în care ea trebuie atinsă, se pot administra doze de atac (doză inițială mare) sau doza de saturație — atunci cînd medicamentul acționează prin acumulare. Ulterior, se va administra doza de întreținere, la stabilirea căreia este necesară cunoașterea modului de acumulare a substanței și rata ei de eliminare, în așa fel încît să se mențină o concentrație constantă a drogului în organism. Un exemplu concret pentru aceste tipuri de doze îl constituie cura neuroleptică. Se poate utiliza, de asemenea, doza depozit, doză unică ale cărei efecte sînt prelungite, atunci cînd se dorește un timp mai lung de acțiune a drogului (NL depozit). Răspunsul organismului la administrarea unui drog într-o anumită doză prezintă o variabilitate individuală, determinată de factori ce țin de drog (concentrația drogului legată de receptori, rata absorbției drogului, distribuția acestuia în diversele teritorii ale organismului, modul de eliminare și rata eliminării), precum și de factori dependenți de individ (vîrstă, sex, greutate corporală, prezența unor boli asociate, mai ales cele hepatice și renale, organe implicate în detoxifierea organismului).

Un alt factor de influență asupra variabilității individuale este legat de receptori (prezența

liganzilor endogeni, variațiile numărului receptorilor, modificarea răspunsului tisular la stimularea lor). Pentru aprecierea relațiilor doză-răspuns, doză-efect biologice, se mai utilizează :

- doza medie efectivă (DE 50) — doză la care 50% dintre subiecții testați prezintă, după administrare, efectul dorit ;
- doza medie toxică (DT 50), la care jumătate din subiecții lotului experimental prezintă, după administrare, efecte toxice ;
- doza medie letală (DL 50), un ultim indicator, la care jumătate dintre animalele lotului experimental mor.

Raportul DL 50/DE 50 poartă numele de indice de securitate (indice terapeutic) și are valori optime peste 10. Astfel, indexul terapeutic este mult mai mic la barbiturice, comparativ cu benzodiazepinele. În funcție de afinitatea drogului pentru receptori și de caracteristicile sistemului receptor-efector implicat, în funcție de farmacocinetica drogului și de activitatea sa intrinsecă, curbele doză-efect pot prezenta aspecte diferite :

- imaginea grafică este o dreaptă ce semnifică o relație lineară doză-efect și caracterizează, de exemplu, acțiunea narcoticelor asupra sistemului nervos central ;
- imaginea grafică este o hiperbolă, ce sugerează o relație exponențială doză-efect și caracterizează drogurile care, prin fixare pe receptori specifici, determină formarea unor complexe reversibile (proces care este limitat de ocuparea tuturor situsurilor receptoare, pentru o anume doză limită).

Dozele care depășesc valoarea limită nu pot determina un efect mai puternic (de exemplu, efectul analgezic al morfinei).

De asemenea, o curbă exponențială caracterizează extinderea indezirabilă a răspunsului, la doze mari de sedative hipnotice (coma), prin acțiunea acestor substanțe concomitent asupra mai multor aparate și organe. Uneori, se constată că răspunsul este nul sau foarte redus, la valori ale dozei ce merg pînă la o limită peste care creșteri foarte mici ale dozei determină răspunsuri foarte puternice ; aspectul grafic obținut este o curbă în formă de S (curba Trevan).

În loturi experimentale din aceeași specie, rasă, sex, vîrstă, greutate, în condiții identice de cercetare, se constată că un anume răspuns căutat apare la diverși indivizi la doze diferite, aspect exprimat grafic prin curba lui Gauss. La doze identice de droguri, variabili-

tatea individuală se poate manifesta și prin idiosincrazie hipersensibilizarea subiectului la un anume drog, prin deficite metabolice genetice sau prin mecanisme imunitare) ; hiposau hiperreactivitatea (intensitate variabilă a răspunsului la doze identice). O variantă a hiperreactivității, instalată lent pe parcursul tratamentului, este toleranța, în timp ce diminuarea rapidă a acestei intensități a răspunsului se numește tahifilaxie.

În funcție de doză, se pot obține informații asupra selectivității unui drog, considerînd efectele sale terapeutice și toxice prin prisma sistemului receptor-efector. Astfel, există posibilitatea ca efectele terapeutice și toxice să fie mediate de aceeași receptori și efectori ; în acest caz, efectele toxice apar prin extinderea efectelor farmacologice terapeutice ale drogului (de exemplu, coma insulnică), ceea ce impune o manipulare judicioasă a dozelor. O altă posibilitate apare prin medierea efectelor terapeutice și toxice de către aceeași receptori, dar prin intermediul unor efectori tisulari diferiți (de exemplu, psihozele produse de tratamentul cortizonic, administrat în afecțiunile inflamatorii cronice). Printre drogurile ale căror efecte terapeutice și toxice sînt mediate de receptori diferiți pot fi enumerate substanțele agoniste și antagoniste pentru și receptorii adrenergici, antihistaminicele, precum și substanțe a căror acțiune a fost pusă indirect în evidență în conjuncturi clinice variabile, care implicau acțiunea altor droguri (de exemplu, antidepressivele triciclice, IMAO, antipsihoticele, fenotiazinice).

567. DOZE — joc de ● Psihofarmacologia a făcut numeroase achiziții în ultimii 30 de ani, de cînd neurolepticele, timolepticele și tranchilizantele au schimbat radical soarta psihatriei și a bolnavilor săi. Doza și modul în care clinicianul psihiatru o manipulează capătă o valoare aparte în calitatea actului terapeutic, asemănătoare, într-o oarecare măsură, cu cea a antibioticelor. Dar în plus față de cazul unei infecții, boala psihică și mai ales bolnavul psihic reprezintă un teren mai mult sau mai puțin accidentat, printre obstacolele căruia medicul trebuie să se descurce cît mai abil și cu mijloacele terapeutice pe care le are la îndemînă, în folosul sănătății pacientului său. Astfel, terapeutul este practic continuu solicitat să participe la „un joc” al dozelor de medicamente pe care le prescrie bolnavilor săi, în care „partenerii” implicați sînt : tipul de sindrom psihopatologic (disociativ, paranoid, depresiv, maniaca, nevrotic etc.), efectul terapeutic scontat și factorul cel mai caracte-

ristic și poate cel mai însemnat, prin imensa sa variabilitate — individul — cu toate însușirile sale bio-psiho-sociale, unice și irepetabile.

Tipul de sindrom psihopatologic pe care-l vizează clinicianul (căci psihiatria nu dispune încă de un tratament etiologic, ci numai de unul la nivel sindromologic) se poate delimita numai formal și didactic, indicațiile schematice fiind insuficiente și neadecvate realității clinice. Totuși, practica și cercetările la nivel histochemic și enzimatic impun câteva observații. Astfel, neurolepticele incisiv sunt destinate, în doze medii și mari, sindromului disociativ și/sau paranoid, catatonic din fazele acute ale schizofreniei, psihozelor paranoice și parafrenice în episod acut, ca și sindromul maniacal și anumitor forme de sindrom obsesional; în doze mici, ele sînt utile formelor cenestopat-hipocondrice ale sindromului nevrotic. Neurolepticele sedative reușesc, în doze mari, să calmeze agitația, neliniștea, anxietatea intensă a bolnavului psihotic, iar în doze medii sau mici, anxiolează sau devin hipnotice, în sindroamele nevrotice. Antidepresivele, în afara utilității lor necontestate în cadrul diverselor sindroame depresive, sînt folosite uneori, în doze mici, pentru efectul lor secundar anxiolitic, în sindroamele nevrotice anxioase. În ceea ce privește litiul, dozele eficiente terapeutice variază în funcție de obiectivul propus; astfel, episodul maniacal acut necesită litemii cuprinse între 1,0—1,2 mEq/l sau chiar depășind aceste valori (cu eventuală monitorizare); profilaxia fenomenelor afective pare a fi stăpînită printr-o concentrație a litiului în sînge sub 0,8—0,5 mEq/l (PREDESCU, ALEXANDRESCU, 1986). Betablocantele (propranolol, oxprenolol) constituie, în doze mici și medii, un adjuvant prețios în tratamentul anxietății și au existat și încercări de utilizare a unor megadoze, în tratamentul episodului maniacal și al schizofreniei, iar rezultatele sînt în curs de verificare. Un fenomen asemănător a fost observat și în prescrierea benzodiazepinelor în doze foarte mari în cazurile de schizofrenii rebele la alte forme de terapie, aceste doze fiind bine suportate și constituind un aspect de actualitate (dozele mici și medii de benzodiazepine și gradarea lor în cursul tratamentului se impun mai ales la persoanele în vîrstă și la bolnavii cu insuficiențe organice cronice, pentru prevenirea unor efecte secundare). Referitor la amfetamine (inclusiv anxiogene), menționăm sensibilitatea unor persoane față de aceste substanțe, care le pot produce adevărate „psihoze amfetaminice” (risc ce trebuie

avut în vedere în administrarea tratamentului cu psihostimulente), în timp ce altele au o toleranță foarte bună.

În fine, în clinica psihiatrică se mai întilnește un aspect în care variabilitatea individuală (alături de mecanisme încă nedescoperite) reprezintă o problemă terapeutică spinoasă: corectarea sindromului parkinsonian postneuroleptic și a diskineziilor tardive. De la sensibilitatea extremă a copiilor și a bătrînilor la efectele anticolinergice ale neurolepticilor, pînă la pacienții care primesc și tolerează doze mari de neuroleptic incisiv, asociat cu neuroleptic sedativ și fără anti-parkinsoniene, și pînă la cazurile de diskinezii tardive, explicațiile care se pot da nu întrunesc deocamdată suficiente argumente. S-ar putea ca însăși asocierea neurolepticului cu antiparkinsonianul să stea la baza unor cazuri de diskinezie tardivă (prin interferență la nivel plasmatic).

Iată cum efectul terapeutic obținut prin administrarea unui medicament cu acțiune psihotropă, dorit atît de medic cît și de subiect, are o pondere dintre cele mai însemnate în cadrul actului terapeutic medicamentos, atîngerea gradului său optim depinzînd de modul în care se îmbină pregătirea profesională a psihiatrului și calitățile sale psihoterapeutice. Actului terapeutic i se poate aduce un plus de acuratețe prin monitorizarea nivelurilor medicamentoase plasmatice, metodă care însă nu are mare aplicabilitate clinică, din cauza unei mari variabilități de la individ la individ. Extremele sînt reprezentate de sindroame nevrotice, care cedează uneori la doze homeopatice (diluții infinitezimale) de tranchilizante sau placebo, și de sindroamele disociative paranoice, care răspund numai la megadoze de neuroleptic (deși metoda nu și-a cîștigat notorietate). Doza toxică — reprezentînd valori relativ mici pentru hipnoticele barbiturice — are un nivel mult mai ridicat (comparativ) în cazul neurolepticilor, antidepresivelor, tranchilizantelor și psihostimulentelor.

Oricum, o regulă acceptată de majoritatea autorilor impune, din considerente ce țin mai ales de toleranța individuală a subiecților, creșterea treptată a dozelor în prima fază a tratamentului (cu neuroleptice, antidepresive și chiar tranchilizante), menținerea unui plateau, urmată de o descreștere progresivă și stabilizarea la un nivel ce constituie doza de întreținere.

Factorii individuali sînt numeroși, putînd fi grupați pe criterii de vîrstă (bătrînii vor primi totdeauna doze mai mici de psihotropice) și de afecțiuni organice acompaniatoare (psicho-

sindrom organic, insuficiențe hepatice, renale, cardiace) și de toleranță specifică ale cărei mecanisme intime nu pot fi puse numai pe seama geneticii, ci comportă aspecte care încă scapă cunoașterii științifice actuale. Aspectele psihologice (psihotip, relație medic-pacient, bolnav-familie) joacă uneori un rol neașteptat de important, alături de gradul de instrucție și cultură, de mediul socio-familial din care provine bolnavul. Rezultatul terapeutic pe care medicul psihiatru îl așteaptă, nu poate fi decît corespunzător eforturilor pe care le depune în cursul perioadei cit are în grijă sa un bolnav, timp care, pentru această specialitate medicală, poate însemna un lung șir de ani, uneori toată viața.

568. DÖLKEN^(P) delir ● Forme avortate, atipice, de delirium tremens, în care lipsește producția halucinator-delirantă. Descrise de DÖLKEN, în 1901, s-ar caracteriza în primul rînd prin dezorientare temporo-spațială, deci, ar echivala cu un sindrom confuzional. Evoluția este de scurtă durată și cu prognostic bun.

569. DRAGONET Henri (1823—1902) ● Psihiatru francez, deținătorul primei catedre de psihiatrie de la Strasbourg și autor al unui „tratată de boli mintale“, care s-a bucurat de succes (trei ediții, între 1862—1894) și care a intrat în istoria psihiatriei ca prima lucrare de psihiatrie din lume care reproduce fotografiile ale alienaților. Procedul, a cărui utilitate este astăzi tot mai viu contestată, mai găsește „ecouri tirzii“ în paginile unor manuale.

570. DRAMATIZARE (cf. gr. *drama* „acțiune“) ● Transpunerea scenică a unei creații literare narative, bogate în contraste și conflicte și puternic saturate de dramatism.

În psihologie, R. POLITZER a preconizat ca variantă de psihologie concretă, o psihologie „dramatică“, axată pe studiul evenimentelor concrete din viața individului și pe conduita lui interpersonală.

În psihiatrie, J. MORENO (1921) a elaborat pe baza dramatizării și a sociometriei, o tehnică psihoterapeutică de grup (psihodrama), aplicată atît la copii, cit și la adulți, constînd în transpunerea și rezolvarea conflictelor personale prin intermediul improvizației scenice (cu temă), a simbolismului teatral („roluri“ și relații de rol) și a activității judece. Dramatizarea acoperă primele două etape ale desfășurării psihodramatice.

Prin același termen, în psihiatrie (ca, de altfel, și în limbajul curent), este desemnată și exagerarea gravității unui eveniment sau

a unei situații, în sensul de a li se atribui acestora dimensiuni tragice mai importante decît cele reale. Este o caracteristică a dizarmoniei personalității, a imaturității sau a dorinței de a ieși în evidență. În cazul personalității isterice asistăm la o dramatizare în adevăratul sens al cuvîntului, transpunerea „scenică“ nemaifiind a unei opere literare, ci a propriei existențe.

571. DRAZINE^(M) Anglia — DCI Fenoxipropazină ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (1-metil-2-fenoxietil)hidrazină, indicat în depresii inhibitate și este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea); nu se administrează concomitent cu betabloccante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticilor → IMAO.

572. DREAMY STATE (engl. „stare de vis/are!“) ● Descrisă de H. JAKSON, în 1876, „Starea de vis“ reprezintă nu numai un subiect de interes deosebit, situîndu-se la interfața psihiatriei cu neurologia, dar și de vii discuții. KENNEDY, CUSHING, WILSON, BARUK, PENFIELD, JASPERS, POPOVICIU, IVANOVICI au studiat în profunzime aceste fenomene, legate de unghiul hipocampic și, mai larg, de funcția de integrare mnezică a lobului temporal.

O stare mintală neobișnuită, de „irealitate“, creează fondul pe care evoluează senzații de tipul „jamais“ sau „djà vu“, „djà entendu“ etc., care pot lua aspectul unor viziuni panoramice, cu caracter mnestic (subiectul poate retrăi, într-un interval extrem de scurt, întâmplări sau chiar întreaga viață). WILSON a subliniat existența mult mai frecventă a crizelor avortive, în care apare numai senzația de straniețe, decît a fenomenelor menționate.

Conștiința suferă o denivelare cantitativă și calitativă (stare crepusculară), dar memoria crizelor este păstrată, acestea putînd fi descrise de către subiect. Halucinațiile pot avea același caracter de la o criză la alta sau, mai rar, pot fi diferite (HECAEN). Senzația de retrăire și de familiaritate a unor evenimente cu care, de fapt, subiectul vine în contact pentru prima oară a fost numită de către PENFIELD „recolecționare“. Complexitatea tulburărilor este legată, după toții autorii, de complexitatea funcțională a lobului temporal.

573. DRENIAN^(M) Spania — DCI Diazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică,

anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

574. DRENUR^(M) Portugalia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-(α -metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

575. DRESSENT^(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe anti-depresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice: ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Ménière. În doze mari, efectele secundare sînt cele comune NL incisive. Se poate administra, fără pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

576. DRIDOL^(M) Suedia — DCI *Droperidol* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirufenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil)propil-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil-2-benzimidazolinonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică marcată și antiemetică superioară CLORPROMAZINEI. Efectele secundare sînt de tip incisiv, cărora li se adaugă și hipotensiunea → BUTIROFENONE.

577. DRINALFA^(M) SU/ — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulant cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N- α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

578. DROG (fr. *drogue*; cf. oland. *droog* „uscat”) ● Farmacognozic, denumește substanța naturală sau sintetică ce constituie principiul activ din medicamente. Se impune precizarea: medicament = drog + ingrediente, pentru că termenul de drog este uneori folosit pentru a desemna medicamentul în general, confuzia pornind de la faptul că, în limba engleză, medicament se spune „drug” (dar și „medicine”).

Substantivul *drog* și verbul derivat a se *droga* sînt folosite, în limbajul medical „laic”, pentru a denumi psihotropoale, mai ales tranchilizantele. Nu de puține ori, subiectul (care de cele mai multe ori este un bolnav nevrotic, personalitate dizarmonică pituitică), pentru

a-l convinge pe psihiatru de intensitatea suferinței sale, afirmă: „mă droghez cu medicamente pentru a rezista”, afirmație în spatele căreia se ascunde, de fapt, realitatea unui consum mai mult sau mai puțin excesiv, dar întotdeauna lipsit de discernămint, de tranchilizante. Subliniem această accepțiune folosită de suferinzi nevrotici (niciodată un ulceros nu afirmă că se drogheză cu alcaline sau un cardiac cu cardiotonice), pentru că ea derivă dintr-o altă folosire a denumirii de drog și anume în accepțiunea sa de substanță psihodisleptică (și aici ar trebui făcută precizarea că stupefiantele — acele substanțe care determină o stare de inerție psihică și fizică — sînt tot substanțe psihodislepice), al cărei consum cronic duce la toxicomanie. A se droga — înseamnă, în acest sens, consumul excesiv de psihodislepice, pe care îl presupune toxicomania. Au existat tentative — eșuate însă — de a diferenția „drogurile tari” (heroina, cocaina), de „drogurile ușoare” (hașis etc.), distincție care nu poate fi decît artificială; de multe ori există o politoxicomanie („drogurile ușoare” deschid calea „drogurilor tari”); pe de altă parte, consecințele psihice și fizice ale oricărei toxicomanii (chiar dacă este vorba de hașis, heroină, morfină, alcool) sînt dezastruoase pentru sănătatea individului, toxicomanul (indiferent de drogul folosit) constituind o mare problemă socială și medicală, din păcate încă greu de rezolvat.

579. DROLEPTAN^(M) Anglia, Franța, Japonia ● Neuroleptic sedativ, derivat butirufenonic → DROPERIDOL^(DCX).

580. DROMINETAS^(M) Spania — DCI *Sulpiride* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe anti-depresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Cu indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în boli psihosomatice. În doze mari are efecte secundare comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

581. DROMOFOBIE^(F) (cf. gr. *deromos* „alergare, cursă, spațiu de plimbare”; *phobos* „frică”) ● Frică nejustificată, cu caracter patologic, de actul mersului, de a porni la drum, de a se deplasa; este net diferențiată de frica de ceea ce se poate întimpla pe drum: traversare, aglomerație, piețe, vehicule, care definește fobii total separate. Stăruim asupra acestui element care nu are semnificația unui

amănunt în cazul de față. Deși se poate întâlni în toate afecțiunile acompaniate de obsesii și fobii, acest tip de fobie pare a fi mai des întâlnit în psihiatria vârstei a treia.

582. DROMOLEPSIE (cf. gr. *dromos* ; lepto „mic, slab, moale”) ^{formă de} → AURĂ EPILEPTICĂ.

583. DROMOMANIE (cf. gr. *dromos* ; mania „neburnie”) — sin. PORIOMANIE ^{sin.} → VAGABONDAJ.

584. DROP-ATTACK (engl. to drop „a cădea”)

● Manifestare a insuficienței circulatorii vertebrobazilare, caracterizată prin debut brusc, fără simptome prodromale, apărînd, de obicei, la modificarea poziției capului și fiind urmată de o cădere în genunchi a bolnavului, din cauza pierderii brutale a tonusului muscular, dar cu păstrarea stării de luciditate în tot timpul „atacului”. Prima descriere aparține lui KREMER (1958), pentru ca, ulterior, SHEEHAN și colab. (1960), KUBALA și MIŁLIKAN, LOEB și MEYER, ASGIAN și POPOVICIU și alții să pună în evidență frecvența simptomului în tabloul clinic al insuficienței circulatorii vertebrobazilare :

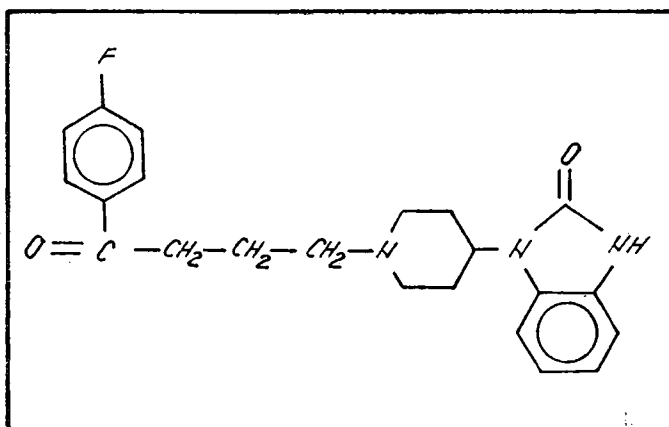
Intre 5—5% (LOEB și colab.) și 23% (SHEEHAN și colab.), incidența sa (maximă în decada a patra de vîrstă, cu predominanță la sexul masculin), precum și mecanismele prin care se declanșează. Drop-attack-ul ar fi astfel rezultatul unei suprimări temporare a funcției facilitante a formației reticulate descendente, cu repercursiuni în lanț asupra circuitelor gama (sau a formațiunilor inhibitorii) și Renshaw.

Diagnosticul diferențial cu crizele sincopale se bazează atît pe lipsa tulburărilor de conștiință (în criza sincopală are loc pierderea conștiinței), cît și pe înregistrările EEG, probele radiologice și biochimice, care stabilesc diagnosticul de insuficiență circulatorie vertebrobazilară.

585. DROPERIDOL^(DCI) ● Derivat butirufenonic de tip 1-/1-3-(p-fluorbenzoil)propil/1,

2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, înrudit cu HALOPERIDOLUL. Este unul dintre cele mai puternice sedative cu valențe anxiolitice, cunoscute, cu acțiune rapidă (imediată în cazul administrării i.v.). Are efecte antiemetice superioare CLORPROMAZIMEI. Domeniul său de elecție este neuroleptanalgezia, permițînd menținerea colaborării echipei chirurgicale cu subiectul. Efectele secundare sînt marcate, fiind prezente și cele ale NL sedativ (hipotensiunea, în special) și cele ale NL incisiv (sindromul parkinsonian, prin toxicitatea sa). Constitue principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

Cel mai cunoscut este :
DEHIDROBENZPERIDOL^(M) Austria, Danemarca, Elveția, Grecia, Iugoslavia, RFG, Turcia §



Alți produși sînt :

DRIDOL ^(M)	Norvegia, Suedia
DROLEPTAN ^(M)	Anglia, Japonia
DROPERIDOL ^(M)	Ungaria, URSS
HALKAN ^(M)	Franța
INAPSIN ^(M)	Anglia
INAPSINE ^(M)	SUA
NEUROLIDOL ^(M)	Israel
SINTODIAN ^(M)	Italia

→ BUTIROFENONE — NEUROLEPTICE SEDATIVE.

586. DROXACEPAM^(M) Spania — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, fapt care permite realizarea unei concentrații plasmatiche mai rapide (4 ore) § acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică,

moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

587. DROXOL^(M) Argentina — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

588. D.S.M. III (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS) ● Manual de diagnostic și statistică a bolilor psihice, redactat de Asociația Americană de Psihiatrie, în care autorii încearcă, fără a emite pretenții nosografice, să ofere o clasificare a bolilor psihice, cu caracter multi-axial (fiecare caz patologic este privit din punctul de vedere a unei dimensiuni distincte), folosind criteriile exclusiv fenomenologice. Lucrarea se află la a treia ediție; primele două, au apărut în 1952 (DSM I) și 1972 (DSM II), fiind în pregătire o formă revizuită în acest an și ediția a patra pînă în 1990.

Manualul oferă un sistem de clasificare care încearcă să descrie în mod cit. mai precis categoriile de diagnostic, încercînd să evite, pe cit posibil, orice tendință de teoretizare a etiologiei și să furnizeze criteriile cit mai sigure pentru fiecare categorie. Aceste criterii sînt fundamentate atît clinic, cit și în corelație cu alți factori, cum sînt prognosticul și răspunsul la tratament specific. În concepția autorilor, tulburarea psihică apare, în primul rînd, ca un model (pattern) sindromologic comportamental sau psihologic semnificativ. La originea sa se află fie un sentiment neplăcut, fie inhibiția „ariei funcționale“, conflictul dintre individ și societate fiind categoric exclus.

Se folosește, într-o oarecare măsură, ICD-9-CM (clasificarea internațională a bolilor, ediția a noua, elaborată de OMS, în 1978), dar DSM III se deosebește de acesta prin caracterul codificabil multi-axial, marcînd efortul spre specificitate și obiectivitate în stabilirea simptomatologiei bolilor psihice. Sînt luate în considerație cinci axe: primele două includ toate tulburările psihice (axa II — tulburările personalității și ale dezvoltării ei specifice în cazul copilului și adolescentului, axa I restul psihopatologiei), axa III include „tulburările fizice“, în sensul tradițional al organcității cerebrale sau al oricărei tulburări

somatice asociate, axa IV cuprinde „severitatea stresorilor psihosociali“, axa V, „cel mai înalt nivel al funcționării adaptative în ultimul an“.

Școala franceză de psihiatrie, alături de alte școli europene, reproșează autorilor americani dispersia produsă în cadrul tulburărilor afective, dezmembrarea patologiei nevrotice, alăturare unor tulburări sexuale nevrotice, ca impotența, frigiditatea și dispareunia, grupe de perversiuni sexuale etc., dar, în ciuda acestor obiecții, manualul este din ce în ce mai frecvent utilizat.

589. D-TRAN^(M) Canda — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

590. „DUAL-SEX THERAPY“ ● Terapie de tip comportamental desfășurată pe o perioadă limitată care se adresează unității maritale sau cuplului de parteneri.

Dezvoltate pe baza lucrărilor privind psihofiziologia activității sexuale ale lui W. MASTERS și Virginia JOHNSON această terapie pleacă de la principiul că într-o disfuncție psihosexuală ambii parteneri sînt implicați și deci reușita tratamentului este legată de tratarea simultană a acestora.

Disfuncțiile sexuale sînt frecvent doar o parte din disfuncțiile care acționează la nivelul cuplului considerat ca întreg.

Abordarea problematicii cuplului se face de către o echipă mixtă terapeu-terapeută care dintr-o perspectivă educațională discută și clarifică cu ambii parteneri ai cuplului problemele existente, sugerîndu-li-se modul în care este necesară o schimbare a activității sexuale.

Îmbunătățirea comunicării între cei doi parteneri este unul din obiectivele implicate ale acestei terapii, în acest sens urmărindu-se o gradată intensificare a schimbului informațional (atît verbal cit și nonverbal). Terapia este indicată într-o serie de afecțiuni ca vaginismul, frigiditatea secundară, impotența de diferite tipuri, ejacularea precoce, anorgasmia.

591. DUALID^(M) Brazilia — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(diethylamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare, inferioare amfetaminelor și anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp poate realiza farmacodependență. Acțiunea

unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale NL.

592. **DUALISM** (fr. *dualisme*; cf. lat. *dualis* „de doi”) ● Concepție filozofică în opoziție cu monismul, care explică existența prin două principii ireductibile: materia și spiritul; corpul și sufletul, binele și răul etc. Cel mai adesea, dualismul reprezintă o tentativă de conciliere eclectică între materialism și idealism, fiind criticat de ambele orientări pentru concesiile făcute orientării opuse.

● În psihologie dualismul a fost susținut de teoria paralelismului psihofizic (CONDILLAC, BONNET, FECHNER, WUNDT ș.a.) conform căreia între fizic și psihic nu există raporturi de interdependență, ele având o natură și funcții diferite. Tributară unei „dispute abstracte”, ce nu poate fi depășită decât din perspectiva dinamică a unei ierarhii a ființei umane, „vii, animate și personale”, în cadrul căreia „corpul psihic” nu poate fi separat și nici confundat cu cel fizic (H. EY); această teorie a fost în mod obiectiv contrazisă de stabilirea existenței unui program genetic organizând „logica viului” (F. JACOB). Organismul este o unitate funcțional-dinamică (susținută astăzi de teoria sistemelor); „corpul psihic” fiind el însuși „organizat și integrat în calitate de Subiect al propriului său program personal” (H. EY).

„Dualismul empiric” (K. SCHNEIDER, 1955) postulează pentru boala psihică alternativa unei etiologii „somatogene” sau „psihopatogene” (în sens de endogen); ea reprezintă, așa cum specifică autorul, o ipoteză de lucru, ce va fi treptat desființată, odată cu precizarea etiologiei fiecărei afecțiuni psihice.

593. **DUALITATE** (cf. fr. *dualité*; vezi și lat. *dualis*) ● În unele etiologii și cosmologii de inspirație religioasă (între acestea, cea mai tipică fiind maniheismul), semnifică natura scindată, antagonică, a universului, în care se înfruntă două principii (divinități) opuse — de exemplu, binele și răul, Ormuza și Arhiman, la vechii persi etc.

● În concepțiile contemporane despre structura materiei, termenul este utilizat pentru a desemna natura complementară a fenomenelor, pe care teoria și experimentalul le înfățișează și le explică în ipostaze diferite, dar inseparabile (undă-corpusul, continuu-discontinuu, substanță-cîmp etc.).

● În logică, dualitatea semnifică un raport de simetrie, prin inversare între două funcții logice, fiecare dintre ele putînd fi obținute prin negarea celeilalte, înlocuind în definiția

oricăreia dintre ele cuvîntul „adevărat” cu „fals” și invers. De exemplu, din definiția disjuncției neexclusive: „funcție logică adevărată atunci cînd cel puțin unul din argumentele sale este adevărat, și falsă, atunci cînd toate argumentele ei sînt false”, se poate obține definiția conjuncției, dualul său: „funcție logică falsă, atunci cînd cel puțin unul din argumentele ei este fals, și adevărată atunci cînd toate argumentele ei sînt adevărate”.

● În psihopatologie, dualitatea caracterizează orice proces disociativ (schizofrenia disociativă, isteria disociativă), ca și maniheismul delirant, din delirurile sistematizate cronice, funcționînd după mecanisme defensive (clivaj, idealizare primitivă), din cadrul personalității border-line.

594. **DUBITAȚIE** (cf. lat. *dubitatio* „îndoială, nesiguranță”) ● Exprimare ideativă, verbală, comportamentală a unei îndoieli, incertitudini, nesiguranțe în gîndire, referitoare la posibilități față de care subiectul nu poate opta în mod tranșant. Atitudine normală, în special cînd este vorba de opțiuni importante (cînd are efect de temporizare, în vederea unei analize care să permită alegerea soluției optime), poate deveni patologică atunci cînd este dominantă în psihism pînă la a se constitui în adevărate fenomene obsesionale, însoțite de conduite continue și ambivalente de verificare. Se ajunge la epuizarea psihică, prin nesfîrșite ruminări și tergiversări, menite să controleze corectitudinea, exactitatea ideilor, gîndurilor, sentimentelor, punerea lor în acțiune practică, desfășurate pe un fond de nesiguranță, neîncredere în propriile forțe, anxietate. Se ajunge la o adevărată „boală a îndoielii” sau a scrupulelor. Apare în nevroza obsesională, la personalități dizarmonice obsesive, psihoze endogene (în faza de construcție a edificiului delirant, ca și în faza de remisiune, ca îndoială în legătură cu veridicitatea conținutului delirant; în ultima dintre aceste posibilități clinice, constituie un semn prognostic favorabil), sindroame obsesionale de etiologie somatică.

595. **DUBIU** (cf. lat. *dubium* „îndoială”) ● Stare afectivă, atitudine volitivă și ideativă, care constă în îndoiala asupra realității unui fapt, a adevărului unui enunț, a conduitei de urmat într-o situație particulară; ezitare, incertitudine, șovăire, nehotărîre. În psihopatologie, apare ca una dintre trăsăturile caracteristice obsesiei (obsesii ideative, în doieli obsesive) și în general, în toate categoriile nosologice în care apare fenomenul

obsesiv (nevroza obsesională sau „nebulna lucidă” sau „boala îndoielii”, personalitatea dizarmonică obsesivă, sindroamele obsesive din psihoze).

596. DUBLĂ DEPRESIE (cf. lat. *depressio* „coborire” și duplum „dublu”) ● Termen introdus de KELLER și LAVORI, în 1983, pentru a desemna un episod de depresie majoră, cu evoluție continuă, precedat, cu cel puțin doi ani, de tulburări distimice, fără ameliorări sau perioade de dispariție eutimică de cel puțin opt săptămâni. Acest tip de depresie nu poate fi considerată ca o entitate distinctă, a cărei determinare genetică să poată fi demonstrată, ci poate fi înțeleasă mai mult ca o secvență evolutivă a unei depresii cronice. Diagnosticul implică posibilitatea de predicție a reapariției distimiei, după episodul depresiv major, ca și a unei evoluții cu frecvențe recurențe depresive majore.

Markerii biologici au o valoare mult mai redusă în stabilirea direcțiilor evolutive, în raport cu depresiile majore simple. MILLER, NORMAN și DOW (1986), într-un studiu asupra caracteristicilor psihosociale ale dublei depresii, ajung la concluzia că pacienții din această categorie au episoade depresive mai numeroase și mai prelungite, față de pacienții depresivi nondistimici, fără să existe totuși o diferență semnificativă între subiecții cu dublă depresie și cei cu depresie majoră simplă.

597. DUBLĂ LEGĂTURĂ (cf. engl. *double bind*) ● Expresie introdusă de G. BATESON pentru a desemna un sistem patologic de comunicare intrafamilială, constând în distorsionarea funcțiilor comunicării, ca factor de echilibru sau de tensiune în familie. În orice situație interpersonală, deci și în relațiile părinte-copil, comunicarea se realizează prin limbaj și prin mijloace nonverbale: gestică, mimică, postură, paralimbaj (creșterea și scăderea vocii, a tonului, variațiile tempoului vorbirii, implicațiile afective reflectate prin glas, ezităriile, întreruperile etc.). Comunicarea verbală, la rândul ei, dispune de un nivel semantic (funcția indicativă a comunicării) și de un context (aspectul paralingvistic). Între aceste niveluri și forme ale comunicării interpersonale există, de regulă, o concordanță. În familiile cu echilibru precar sau patogene, dimpotrivă, apare o discordanță în comunicare, atât între nivelul verbal și cel nonverbal, cât și între laturile semantice și paralingvistice ale limbajului, circumscriind sfera dublei legături. DANZINGER (1976), EKMAN (1964), EKMAN și FIRESSEN (1968), DRIMMER (1973), HALL (1954), MEHRABIAN (1968) ș.a.

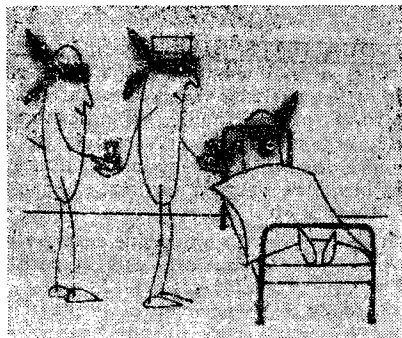
au studiat varietatea contradicțiilor și a confuziilor de comunicare în familiile normale și patogene. Astfel de contradicții au fost descrise între conținutul mesajului verbal favorabil și expresivitatea mimică-pantomimică rejectivă sau agresivă (și invers), dintre calitatea vocii și intonației și conduita emițătorului. Există posibilitatea ca afirmația să semnifice negație și, invers sau ambiguități și confuzii.

Dublă legătură se caracterizează prin :

- dubla legătură poate apărea într-o situație în care două sau mai multe persoane se angajează într-o relație, una dintre aceste persoane fiind „victimă” (cea care suportă dubla legătură) și
- mesajul transmis comportă, simultan, următoarele trăsături :
 - emițătorul afirmă ceva
 - emițătorul afirmă ceva despre propria sa afirmație
 - cele două afirmații se exclud.

LAING consideră că dubla legătură este o experiență traumatizantă nu în sine, ci prin repetarea ei. Astfel, repetarea secvențelor de comunicare tipice dublei legături determină o situație insuportabilă („intenable”) pentru cel care o recepționează. Dubla legătură favorizează și întretine mistificarea relațiilor într-o familie, ceea ce creează o tensiune puternică, ce poate persista timp îndelungat în stare latentă.

598. DUBLU ORB (cf. engl. *double blind*) ● Metodă de studiu și evaluare a efectelor unei substanțe despre care se presupune că ar avea



eficacitate terapeutică și în final, metoda permite validarea sau negarea unei relații cauză-efect.

Se pornește de la ipoteza că, în orice tratament, există cu necesitate patru roluri distincte : prescriptorul, administratorul trata-

mentului, primitorul și evaluatorul rezultatului. Este evident că o persoană poate juca simultan mai multe roluri : astfel medicul poate fi prescriptor, administrator, evaluator și chiar primitor, după cum și bolnavul poate fi primitor și evaluator. GUELFİ, DREYFUS și PULL afirmă că pot fi diferențiate patru tipuri de experimente :

- experimentul deschis, în care deținătorii celor patru roluri sînt la curent cu ceea ce se administrează ;
- experimentul simplu-orb, în care bolnavul (care poate fi primitor, adminis-

trator și chiar evaluator) nu știe ce i se administrează ;

- experimentul cu evaluare în orb, în care se face apel la un terț evaluator, pentru a judeca rezultatele obținute, oricare ar fi „gradul de orb” al celorlalte roluri ;
- experimentul în dublu orb, care grupează toate cazurile în care medicul și bolnavul nu știu care este tratamentul administrat, cu condiția ca unul din cei doi să fie evaluator, chiar în cazul cînd administratorul este un terț, care nu este „orb”.

Tabel nr. L

Tipuri de experimente terapeutice

	Prescriptorul	Administratorul	Prîmitorul	Evaluatorul
Deschis	0	0	0	0
Simplu orb	0	0	0	0 dacă M 0 dacă B
Evaluare în orb	0 sau 0	0 sau 0	0 sau 0	0 x
Dublu orb	0	0 x sau 0	0	0

0 = se cunoaște produsul administrat
0 = nu se cunoaște produsul administrat

x = terță persoană
M = medic
B = bolnav

Utilizarea experimentului în orb are scopul de a minimaliza subiectivismul participanților la experiment, auto- și eterosugestia medicului și a bolnavului înlăturînd modificările pe care acestea le pot avea asupra rezultatelor propriu-zise. Experimentele de tip dublu orb nu necesită grup de control, deoarece modalitatea de desfășurare a administrării exclude posibilitatea instalării de efecte nespecifice care ar trebui evidențiate față de un grup (placebo primitor). Trebuie subliniat faptul că experimentul dublu orb este singurul capabil să minimalizeze efectul placebo, prin randomizarea sa și să sublinieze efectele specifice (și numai pe acestea).

După JORES, în cercetarea psihofarmacologică eublu orb este condiție sine qua non. Cu toate că experimentul dublu orb este, în fapt, singurul capabil să ofere date de valoare reală, în ceea ce privește eficacitatea universală a unei terapii, există și reacții extrem de violente, chiar disproporționate, venite din partea unor personalități marcante, împotriva acestui tip de experiment. Astfel,

ACHAINTRE susține că „în psihiatrie nu poți să fii orb și încă dublu orb”, iar alți psihiatri — că există un risc deosebit în întîrzierea intervenției, în cazul apariției eventualelor efecte nedorite. Considerăm că experimentarea în orb nu înseamnă o experimentare orbească, desfășurată după „criteriul” rezultatelor personale, iar combaterea efectelor nedorite se face adesea inutil, în virtutea probabilității apariției unor astfel de modificări, atît în experimentele „deschise”, cit și în practica obișnuită.

Metoda „double blind” oferă una dintre cele mai valoroase tehnici de cercetare, a cărei utilitate, mai ales în psihofarmacologie, nu poate fi contestată. Desigur, în cazul psihoterapiilor ea nu poate fi aplicată decît foarte limitat, ceea ce constituie și un impediment major în validarea rezultatelor acestui tip de terapii.

599. DUBOIS Frederic (1799—1873) ● Psihiatru francez, autor al lucrării „Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hys-

térie". Inamic declarat al magnetismului și al metodelor parapsihologice a oferit, împreună cu BURDIN, prin Academia de Medicină a Franței, un premiu de 3 000 franci (la valoarea din anul 1841) pentru cel ce va citi un text „fără ajutorul ochilor și al luminii” și premiul nu a putut fi încă atribuit nimănui, deși poate că BRAILLE l-ar fi meritat în mod simbolic.

600. DUBOIS Paul (1848—1918) ● Psihiatru și psihoterapeut elvețian, devenit celebru prin inițierea metodelor de psihoterapie rațională. Lucrarea sa cea mai cunoscută este „Les psychonévroses et leur traitement moral” (1904).

601. DUBOVITZ^(S) sindrom ● Asociere de handicapuri multiple: craniofaciale (fațes mic, microcefalie, epicanthus, ptoza palpebrală, hipertrofia bazei piramidei bazale, păr rar), dermatologice (eczemă infantilă), psihiatrice (oligofrenie des întilnită), voce pițigăiată și subțire. Se admite existența unei componente genetice.

602. DUCENE^(M) Austria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM.

603. DUCHENNE^(B) boală ● Boală distrofică, progresivă, ereditară, a musculaturii; interesantă pentru psihiatru prin aspectele psihosociale complexe pe care le implică. O primă problemă o reprezintă întârzierea intelectuală a copiilor cu această boală în care această asociație este destul de frecventă. CHARASH și colab. afirmă că profilul personalității acestor subiecți este de tip isteric sau apatic cu tendința la asociații superficiale și instabilitate. La copilul mare se notează tulburări psihotice de tip depresiv sau paranoid. În perioada distrofiei miotonice (20—30 ani) întârzierea mintală devine evidentă în cele mai multe cazuri, iar personalitatea se cristalizează în jurul unui nucleu schizoid apatic sau isteric.

Tulburările cele mai frecvente sînt anxietate agitată, depresie și agresivitate latentă. J. GOODGOLD (1985) afirmă rolul deosebit al colaborării dintre familie și terapeut și recuperarea prin plasarea în condiții adecvate a acestor pacienți.

604. DUKSEN^(M) Ungaria ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → DIAZEPAM^(M) România.

605. DUMAS George (1866—1946) ● Psiholog francez, doctor în medicină (cu teza „Stările intelectuale în melancolie”, 1899) și profesor la Sorbona, este, în același timp, autorul unor remarcabile studii, prin care a contribuit în mare măsură la edificarea psihologiei științifice și la dezvoltarea psihofiziologiei. Din păcate, lucrarea sa de sinteză „Noul tratat de psihologie”, începută în 1930 (completarea „Tratatului de psihologie”, apărut în 1923), nu a putut să vadă lumina tiparului, nefiind terminată pînă în 1946, data morții autorului.

606. DUMNEZEU (lat. *domine deus*) ● Noțiune fundamentală a religiei monoteiste, în cadrul căreia se afirmă existența unei ființe perfecte, transcendente, cauză primordială a universului, ce instituie ordinea cosmică, rezervînd omului un destin privilegiat, condiționat însă de adorarea divinității și de respectul acordat „poruncilor” revelate de către ființa supremă unor „aleși” sau profeți. Primele reprezentări ale ființei supreme au avut un caracter antropomorfic, chiar și astăzi manifest la nivelul conștiinței religioase comune, a oamenilor simpli și neinstruiți. Expusă de patristică (scrierile „părinților bisericii” elaborate în secolele al II—VIII-lea), doctrina creștină clasică despre Dumnezeu s-a constituit sub influența filozofiei eleniste și a religiei iudaice. Teologia medievală și-a propus să descifreze tainele divinității cu argumente raționale, desfășurate pe două mari direcții problematice: existența și natura lui Dumnezeu.

● Existența lui Dumnezeu a fost susținută cu următoarele argumente filozofico-teologice :

- argumentul ontologic, expus de Sf. AUGUSTIN și dezvoltat de ANSELM de Canterbury, afirmă că oamenii concep ideea unei ființe perfecte și cum perfecțiunea presupune cu necesitate atributul ființei, din ideea divinității se deduce existența ei reală; argumentul nu are nici un temel, răsturnînd raportul real dintre gîndire și ființă;
- argumentul cosmologic (inspirat de filozofia lui PLATON și ARISTOTEL) extrapolează la dimensiunea universului infinit modelul cauzalității finite, apreciînd că orice existent are o cauză, inclusiv cosmosul, în totalitate; argumentul este absurd, întrucît presupune cauză

inițială trebuie, la rândul ei, să aibă o cauză ș.a.m.d., la infinit :

- argumentul teleologic (de aceeași inspirație) susține că ordinea din univers implică existența în natură a unui scop final, iar acesta nu poate fi conceput și realizat decît de o voință supranaturală, atotputernică și argumentul a fost respins odată cu întregul eșafodaj de false presupuziții ale finalismului ;
- argumentul moral, propus de MELANCHTON și CALVIN, presupune, fără temei, prezența unei armonii morale a universului, ce nu poate fi decît de origine divină ;
- argumentul istoric, invocat de CICERO, afirmă în mod gratuit acordul tuturor oamenilor, din cele mai străvechi timpuri, cu privire la existența lui Dumnezeu și pe lângă faptul că acest presupus acord este o ficțiune, chiar dacă el ar exista, argumentul nu este probant, deoarece consensul general se poate constata și asupra unor erori (de exemplu, concepția geocentrică).

Aceste argumente au fost respinse de iluminismul francez iar KANT, în „Critica rațiunii pure” a demonstrat imposibilitatea oricărei argumentări teoretice a existenței lui Dumnezeu.

● În ceea ce privește natura lui Dumnezeu, gîndirea medievală s-a situat pe poziții teiste, reprezentîndu-și divinitatea ca primă persoană transcendentă, cu atribute superlative, infinite. Tocmai infinitatea acestor atribute le face să fie contradictorii (dacă Dumnezeu este atotmilostiv și atotdrept, atotputernic și atotbinevoitor, atunci cum se explică existența răului în lume și imperfecțiunea creației divine?). Reprezentantii teismului concep un Dumnezeu impersonal ca absolut, de natură ideală, cauză primordială a universului, gîndit mecanicist, ca un impecabil mecanism de ceasornic.

Nelăsîndu-se descurajate de sterilitatea raționamentelor teologice, majoritatea religiilor monoteiste consideră că problema existenței și a naturii lui Dumnezeu primesc un răspuns satisfăcător în revelația personală, care răspunde, pe căi iraționale, ardoarea și încăpăținarea credinței.

În epoca modernă, aspectul antologic și cel gnoseologic al existenței lui Dumnezeu trec pe un plan secundar, precumpănînd considerațiile de natură etică asupra divinității, identificată cu binele. Concepția marxist-leninistă explică religia ca proces istoric de înstrăinare a conștiinței umane, considerînd că ideea de

Dumnezeu s-a impus, odată cu apariția religiilor monoteiste, ca reflex spiritual al unificării tribale din perioada formării și dezvoltării sclavagiste, cînd „monarhului” unic și absolut de pe pămînt trebuie să-i corespundă autoritatea tribală a „monarhului din cer”.

În psihopatologie, personajul Dumnezeu apare deseori în delirurile cronice cu caracter de grandoare (paranoia, unele parafrenii) sau în accesul manical, în care identificarea cu forța supremă reprezintă o culme a euforiei. Trebuie însă recunoscută o scădere a frecvenței cu care ființa supremă apare în deliruri în ultima jumătate de secol, locul său fiind preluat de ființe mai pămîntene, care însă posedă atribute „dumnezeiești”.

607. DUMOLID^(M) Danemarca, Elveția, Suedia — DCI Nitrazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

608. DUMONT Paliier-Victor (1826—1899) ● Psihiatru francez. Înființează, în 1899, Școala de psihologie din Paris, iar în 1891 — Societatea de psihoterapie.

609. DUMPING^(S) sindrom (engl. to dump „a arunca, a scădea”) ● Sindrom funcțional care apare la bolnavii gastrectomizați și care poate să se traducă printr-o serie de manifestări psihice deosebite. Senzația de moarte iminentă, însoțită de crize de anxietate, amețeli, tulburări de mers (cu frică de deplăsare), tulburări de vedere și scăderea nivelului vigilității sînt doar cîteva dintre aceste manifestări. Cauza dumping-sindromului ar fi pătrunderea de alimente incomplet digerate în intestinul gros, hipoglicemia și accelerarea tranzitului. Antecedentele chirurgicale digestive îl pot pune în discuție atunci cînd subiectul prezintă fenomene psihopatologice. Bolnavii cu gastrectomii sînt mai predispuși la episoade confuzionale.

610. DUNA^(M) Spania — DCI Pflnazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propionil)-2H-1,4-benzodiazepină-2-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativ-hipnotică.

611. DU-ORIA^(MC) SUA ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează. Este compus din :

- METHAMPHETAMINE^(M) — noanaleptic, derivat fenilatilaminic ;

- RESERPINE^(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia.

Această asociere se realizează în scopul combaterii efectelor secundare ale NL sedative. Acțiune sedativ-anxiolitică.

612. DUPLICITATE (cf. lat. *duplicitas* „duplicitate, echivoc”) ● Caracter al unei persoane care adoptă două atitudini, joacă premeditat două roluri; afișează sentimente și gânduri diferite de cele pe care le are cu adevărat; alșitate, ipocrizie, fățărnicie, prefăcătorie. Deși sensul negativ al cuvintului pare generic, există și o duplicitate „benignă”, chiar necesară, cu semnificație socială pozitivă, care aparține convențiilor sociale și este achiziționată prin educație. Fiind de la sine înțeleasă, acționând după norme sociale prestabilite, cunoscute și acceptate de toți, își pierde, în bună măsură, caracterul de dedublare, rămânând doar o modalitate de limitare și codificare a comportamentelor; limbajului, atitudinilor de la un minimum sau maximum universal admis, care funcționează după regulile bunului simț, ale bunelor maniere, ale civilizației.

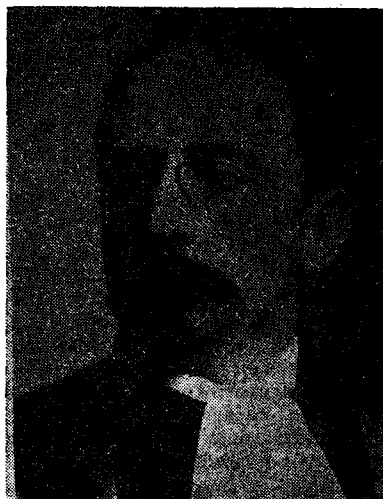
Dintr-un punct de vedere ideal, PASCAL sancționează această duplicitate (și probabil nu numai pe aceasta) cu următoarea meditație: „duplicitatea omului este atât de vizibilă de parcă am avea două suflete”.

Duplicitatea „malignă” aparține totdeauna unei personalități accentuate sau dizarmonice: istericul („poza isterică” mai ales la megalomani; JANESCH afirmă că „istericul are o mie de simțăminte, dar nici un sentiment”) și inabilul, „cel nesigur de sine” (senzitiv și sanancast), descris de K. SCHNEIDER („timidul” lui PETRILOVICH), care adoptă atitudini de bravadă în scop compensator exterior („fard social”) și paranoiă (îndeosebi „fanaticul pasiv” — K. SCHNEIDER); astenicul, „abulicul” sau „degeneratul superior”, al autorilor francezi („nestatornicul” — KRAEPELIN).

Duplicitatea caracterizează orice formă de stimulare și de disimulare, precum și „dubla contabilitate” (formă specială a disimulării), întâlnită în delirul sistematizat din parafrenie și paranoia.

613. DUPRÉ Ernest (1862—1921) ● Face o strălucită studenție urmată de un internat care îl scoate în evidență ca pe un element deosebit de pregătit. Solida sa cultură umanistă se găsește la interferența cu psihiatria, domeniu care va deveni pentru el o opțiune fundamen-

tală. Începând cu anul 1905, îl înlocuiește pe un alt distins alienist, P. GARNIER, la Infirmeria Specială a Prefecturii și din 1916 îi va succeda lui G. BALLEET, atât la spitalul Saint Anne, cât și la catedra de boli mintale,



Ernest Dupré

pe care o va conduce până la moarte. Lucrările lui DUPRÉ, de o deosebită finețe și profunzime în analiză, s-au centrat asupra patologiei imaginației și emotivității, titlu sub care elevul său, LOGRE, i-a publicat opera, în 1925.

Creator, deosebit de inspirat, de termeni, propune și descrie nu numai mitomania, puerilismul, ci și cenestopatiile, care și-au dobândit o unanimă recunoaștere. Fără a excela în domeniul doctrinar (adept al constituționalismului), DUPRÉ rămâne în istoria psihiatriei și pentru studiile consacrate delirurilor de imaginație.

614. DUPRÉ-MERKLEN⁽⁸⁾ sindrom — sin. SCHLEMIHL⁽⁹⁾ sindrom ● În lucrarea lui CHAMISSO „Peter Schlemihl”, eroul cu același nume apare drept prototipul omului neîndemnat, inspirându-i pe cei doi psihiatri în descrierea unei afecțiuni congenitale, adesea cu caracter ereditar, ce interesează motilitatea și ea se caracterizează prin inabilitate în desfășurarea actelor motorii voluntare, care nu sînt adecvate scopului propus, dînd subiectului aspect de distrat, neatent, în contrast cu seriozitatea și preocuparea cu care acesta își desfășoară acțiunile.

615. DURATĂ (cf. it. *durata*; fr. *durée*) ● Desfășurare în timp a sistemelor și proceselor,

perioadă de identitate calitativă a acestora, având ca limită momentul de trecere într-o nouă formă de existență. În concepția lui BERGSON, durata se opune categoriei de timp: durata este experiența vie a termopolarității sau timpul trăit, intuiția subiectivă a devenirii, pe când timpul măsurat sau matematic, obiectiv, este abstract.

616. DURATĂ MEDIE DE SPITALIZARE ●

Unul dintre principalii indicatori de eficiență pentru tipul de unități sanitare cu paturi; se obține prin raportarea numărului de zile spitalizare la numărul de bolnavi internați, cu condiția ca paturile aflate în funcțiune să fie corect evaluate și excluzând posibilitatea spitalizării a mai mult de un bolnav într-un pat.

Nu se poate stabili o valoare optimă pentru acest indicator atunci când se referă la un teritoriu ce cuprinde mai multe spitale sau chiar la un spital ce are mai multe secții. Singura posibilitate de stabilire a unei valori optime a indicatorului și, în același timp, de comparare o reprezintă calcularea indicatorului pe profilul secției (evident utilizând numărul zilelor de spitalizare într-o anumită secție raportat la bolnavii secției), deși și acestui indicator îi sînt aduse critici, considerîndu-se mai fidel indicatorul duratei medii de spitalizare pentru o boală (specifică), calculat după o formulă asemănătoare, în care referirea se face, atît la numărător cit și la numitor, la aceeași boală.

Dacă problema ocupării paturilor privește, în primul rînd, activitatea administrativă a spitalului, legată strîns de aprecierea eficienței economice a activității, durata spitalizării bolnavilor are un conținut preponderent medical, cu un răsădit imediat asupra gradului de utilizare a paturilor și a rulajului bolnavilor pe un pat. Numărul total al zilelor de spitalizare este determinat de durata reală internării fiecărui bolnav. De aceea, durata medie de spitalizare este un indicator important pentru aprecierea eficienței activității medicale.

Durata medie de internare este dependentă de numeroși factori, unii ce nu depind de administrația spitalului și alții ce depind de administrația spitalului.

● Factorii care influențează durata medie de spitalizare și care nu țin de administrația spitalului:

- În general, specificul local al patologiei și structura morbidității pe afecțiuni și pe forme de boală, de gravitate diferită, influențează structura bolnavilor spita-

lizati și, ca urmare, și durata medie de internare !

- vîrsta și profilul bolnavilor au și ele importanță în ceea ce privește durata medie de spitalizare. Bolnavii în vîrstă, cei suferinzi de boli cronice ramin mai mult timp în spital decît bolnavii tineri, cei suferinzi de boli acute. De aceea, internarea bolnavilor cronici, a bătrînilor constituie o problemă socială deoarece, pe măsura creșterii duratei medii de viață, aceștia ocupă un număr tot mai mare de paturi (pînă la 1/3 în unele spitale), influențînd astfel durata medie de spitalizare !
- gratuitatea asistenței medicale face ca, în general, bolnavul să dorească să rămînă mai mult în spital. Plata spitalizării face ca bolnavul să rămînă mai puțin timp în spital; după faza acută el caută să se întoarcă la domiciliu !
- condițiile sociale ale bolnavilor internați influențează durata medie de spitalizare. În condițiile gratuității asistenței medicale, bolnavii cu locuință necorespunzătoare, cei fără familie, sau în unele țări, cei cu ocupații instabile sau amenințați de șomaj, au tendința să rămînă în spital și după vindecare. În unele țări, durata medie de spitalizare este mai mare la săraci, căci aceștia se internează, de obicei, cînd boala s-a agravat, fapt dovedit și prin coeficientul de spitalizare mai mic și prin durata lor de spitalizare mai mare !
- durata medie de spitalizare variază, de asemenea, după profilul de cercetare sau de învățămînt al spitalului respectiv. De aceea, cînd comparăm durata de spitalizare, este necesar ca această comparație să se facă după criterii asemănătoare: de cercetare, clinic, urban, rural !
- durata de spitalizare este scurtată în mod artificial acolo unde numărul de paturi este insuficient față de solicitări
- Factorii care influențează durata medie de spitalizare și care țin de administrația spitalului: pentru aprecierea nivelului asistenței medicale acordate în spital este relevantă cunoașterea modului în care au fost explorați bolnavii. Progresul tehnicii face să se renunțe din ce în ce mai mult la vechea practică legată de flerul clinic. Se pune tot mai mult accentul pe elementele obiective, care devin aparente prin medierea mijloacelor tehnice și care dezvăluie esența bolii. De aceea, o primă informare asupra calității asis-

tenței acordată bolnavilor o oferă cunoașterea volumului activității serviciilor tehnico-medicale și mai ales a categoriilor de tehnici care se efectuează :

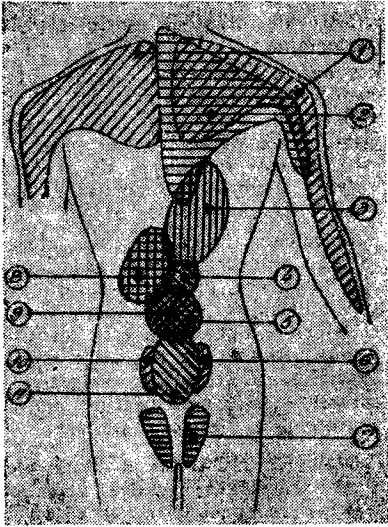
- întrucât examenele de laborator servesc precizării diagnosticului, aprecierii evoluției bolii și eficacității tratamentului aplicat, evaluării corecte a stării bolnavului la ieșirea din spital, cunoașterea acestor date are o valoare multiplă. Diagnosticare rapidă și completă, precum și aplicarea tratamentului corespunzător de la început, reduc durata internării ;
- dacă administrația spitalului nu asigură echipamentul tehnic necesar unui spital modern, dacă echipamentul este și de un nivel tehnic redus și insuficient numeric, nu se poate asigura o concordanță între cererile de analize de laborator, radiologie, explorări funcționale și posibilitățile de satisfacere. Decalajul între cereri și posibilitățile de satisfacere determină pierderea inutilă a timpului, până la precizarea diagnosticului și aplicarea tratamentului. Însăși încoagărea și complexitatea echipamentului tehnic modern de diagnostic și tratament pot determina o creștere a duratei medii de spitalizare. Numărul determinărilor pentru precizarea diagnosticului și numărul procedurilor terapeutice sporește paralel cu dezvoltarea științei și tehnicii. Administrația spitalului trebuie să aibă grijă să asigure dotarea necesară, în funcție de numărul paturilor și profilul bolnavilor, pentru a nu se produce decalajul menționat și ca determinările să înceapă din prima zi de internare ;
- organizarea muncii influențează, de asemenea, durata de spitalizare. Eficiența mijloacelor terapeutice utilizate exprimă, din punct de vedere medical, eficiența muncii de îngrijire, care duce la scurtarea timpului de spitalizare. Statisticile spitalicești trebuie să ofere datele necesare aprecierii tratamentului efectuat bolnavilor. Aceasta nu se poate face decât utilizându-se fișe individuale și o grupare cât se poate de omogenă a bolnavilor (bolnavi suferinzi de aceleași boli și în stadii asemănătoare de evoluție a bolii). Numai în acest fel se poate realiza comparabilitatea loturilor pentru analiza influenței tratamentului asupra stării bolnavului la ieșire din spital, asupra duratei de spitalizare, activității și orien-

tării medicului în stabilirea celor mai potrivite scheme de tratament ;

- durata medie de spitalizare depinde de modul de organizare a îngrijirilor medicale, de legătura spitalului cu unitățile exterioare. În numeroase țări, există tendințe justificate de a se reduce durata medie de spitalizare, atât datorită unor rațiuni de ordin economic, cât și lipsei numărului necesar de paturi. Acest lucru este posibil atunci când serviciile de asistență ambulatorie funcționează corect, cooperind la activitatea spitalului, prin pregătirea bolnavului ce urmează să fie internat (explorare clinică și de laborator minuțioasă, stabilirea unui diagnostic cât mai precis etc.), în așa fel încât aplicarea tratamentului indicat în spital să aibă loc cât mai aproape de momentul internării. De asemenea, durata de internare în spital poate fi redusă prin limitarea tratamentului la acele proceduri care nu se pot efectua decât în spital și prin trimiterea bolnavului — dacă starea lui o permite — pentru continuarea tratamentului în unitățile ambulatorii sau la domiciliu, la iar dacă există posibilitatea, prin transferarea bolnavului în unități de postcură, unități de convalescență, spital de zi, cămine de bătrâni sau de deficienți mentali. Cu cât gama acestor tipuri de unități este mai mare, cu atât crește posibilitatea reducerii duratei medii de spitalizare, fără prejudicii pentru bolnavi. Astfel, externarea timpurie devine inefficientă atât medical, cât și economic, ba chiar periculoasă, iar reducerea duratei medii de spitalizare devine, de fapt iluzorie, pentru că numeroși bolnavi sînt siliți, după o perioadă mai lungă sau mai scurtă să se reinterneze în spital. De aceea, pentru evaluarea eficacității asistenței medicale nu este suficientă cunoașterea globală a internărilor, ci este necesar să se analizeze reinternările și cauzele lor.

617. DURERE (cf. lat. *dolere* „a dura”) — sin. ALGIE ; DOLOR ● Sensibilitate algică, presupunînd un complex de manifestări senzitivo-reacționale, în cadrul cărora se deosebesc fenomene psihoafective conștiente și fenomene somatovegetative reflexe, determinate de acțiunea unor stimuli nociceptivi (agenți nocivi) asupra receptorilor dureroși. Fenomenologia sematovegetativă, apărută ca

răspuns reflex cvasinormal de apărare, poate fi cuantificată; în schimb, comportamentul afectiv, dominant subiectiv, este dificil de apreciat în mod obiectiv. Senzația dureroasă — mai ales atunci când este cronicizată — ajunge



Proiecția cutanată a durerii viscerale:

- 1 - inima; 2 - esofag; 3 stomac;
4 - pilor; 5 - apendice și intestin
subțire; 6 - rinichiul stâng; 7 -
ureter; 8 - ficat și vezică biliară;
9 - ombilic; 10 - rinichiul drept;
11 - colon.

să domine universul afectiv al subiectului, producând reacții psihosenzoriale și somatovegetative.

Durerea are rol de semnal de alarmă, care impune instaurarea măsurilor adecvate de apărare contra stimulilor algogeni. Uneori însă, ea reflectă excesiv și deformat factorul agresiv, determinând tulburări grave psihice sau somatice, dezechilibre neuroendocrine sau morfochimice, de intensități variabile. Transformarea excitației nociceptive în senzație dureroasă presupune existența unui teritoriu nociceptor, a unor căi de conducere a stimulului nociceptiv către etajele nervoase superioare și a unor structuri integrative, unde are loc elaborarea senzației dureroase.

Histologic, nu există receptori specializați pentru durere, terminațiile nervoase nociceptive fiind răspindite în diverse teritorii ale organismului. Se presupune (POPOVICIU) că, în excitarea acestor receptori, ar interveni

ca mediatori chimici substanțe ca? histamina, serotonina, bradikina, prostaglandinele. Nociceptorii sînt dendrite ale neuronilor din structura unui nerv cutanat. Căile de conducere spre etajele superioare sînt reprezentate de fasciculele spino-talamice și spino-reticulare, ambele căi urcînd pînă la rețeaua talamică. Colateralele acestor căi către substanța reticulată explică modificările cardiorespiratorii care însoțesc durerea și permit aprecierea profundității unei stări comatoase în funcție de răspunsul la stimularea nociceptivă.

Conexiunile sinaptice în putamen, caudat și palidum stau la baza „reducerii subcorticale a durerii” (POPOVICIU). Cea mai mare parte a căilor de conducere a impulsurilor nociceptive face sinapsă în talamus, fibrele talamice proiectîndu-se cortical în girusul postcentral, unde iau naștere senzațiile protopatiche, în cadrul cărora durerea este dominantă. Atît la nivel talamic, cit și la nivel cortical, s-a evidențiat o organizare somatotopică, a proiecțiilor fibrelor ce conduc sensibilitatea dureroasă. Cortexul are capacitatea de a inhiba sau bloca durerea subcorticală, distrugerea nucleului talamic de proiecție corticală determinînd durerea patologică din sindromul talamic. Integrarea durerii ca senzație penibilă pare a fi realizată în regiunile frontale corticale, iar componentele afectivă și comportamentală țin de intervenția structurilor rinencefalo-hipotalamice. Aceste fapte au fost confirmate de acțiunea concomitent antialgică și comportamentală a opioizilor endogeni și, de asemenea, de faptul că unele antidepresive triciclice, administrate în doze mari, au efecte favorabile asupra durerilor canceroase sau a algiiilor de dezaferentare.

Ipoteze recente, bazate pe observații clinice, au sugerat că apariția durerii poate fi explicată prin înlăturarea unor capacități inhibitorie. Aceste ipoteze par a fi confirmate de descoperirea neuromedierii dureroase, organizate în sisteme inhibitate sau activate la diverse niveluri, în mod diferențiat. În ceea ce privește neuromediarea dureroasă, au fost identificate substanțe care pot, fie să activeze receptorii algogeni periferici, să faciliteze transmiterea sinaptică la nivelul căilor sensibilității dureroase, fie să moduleze această transmitere în sens inhibitor. Alături de substanțele algogene enumerate anterior, în mediația dureroasă mai sînt implicate: catecolaminele, ionii de potasiu, calciu, hidrogen, adenozintrifosfatul și produșii lui de degra-dare — substanța P, peptid cerebral endogen care acționează ca neuromediator central, ce intervine în transmiterea sinaptică centrală

a senzațiilor dureroase. Acțiunea substanței P se realizează prin intermediul unor receptori specifici, localizați la niveluri diferite, de-a lungul axului cerebrospinal.

Plecând de la evidențierea receptorilor morfinergici, de la faptul că ei au o densitate foarte mare în structurile implicate în transmiterea endogenă, în 1974—1975, HUGUES, KOSTERLITZ și colab. izolează, din extracte cerebrale, peptide cu acțiune morfinică (enkefaline), iar din extractele adenohipofizare, HUGUES, GUILLEMIN, BLOOM și colab. izolează, în 1975—1976, polipeptide de dimensiuni mari, dotate, de asemenea, cu acțiune opioidă, numite endorfine. Endorfinele și enkefalinele formează sisteme neuronale opioide bine diferențiate, care își exercită acțiunea prin intermediul receptorilor specifici și par implicate, mai ales, în analgezia endogenă. Efectul acestor substanțe este predominant inhibitor, acționând la nivelul eliberării unor mediatorii, ca serotonina, acidul gamaaminobutiric, dopamina, noradrenalina, glicina. Deficitul de opioide endogene, după administrare cronică de opiați exogeni, pare a fi implicat în declanșarea manifestărilor abstenenței, iar corelațiile dintre opiații endogeni și sistemul limbic par a fi implicate în dependența psihică.

O durere poate fi caracterizată verbal în funcție de :

- calități (încordată, tăioasă, sfredelitoare etc.) †
- localizare și extindere (ascuțită, punctiformă etc.) ;
- procesualitate (stabilă, ritmică, fulgerătoare) ;
- intensitate (puternică, medie, slabă, vagă).

După autorii care au studiat-o, sensibilitatea algică a mai fost clasificată astfel :

- superficială (cutanată) ;
- profundă (muscular-articulară) †
- viscerală și centrală (cefalică) †
- primară și secundară (ALRUTZ).

Durerea cutanată și cea internă au, fiecare, subforme, în funcție de natura factorului agresor (THUNBERG, SCHERLEVER ș.a.). MEYER clasifică durerea ca fiind :

- fiziologică (apărută prin iritarea receptorilor) †
- neurologică, determinată de leziuni ale căilor nervoase. Același autor încadrează mai multe tipuri de durere (printre care durerea „membrului fantomă”, durerea din „anestezia dureroasă”) în cadrul durerii de dezaferentare, produse prin hipersensibilizarea la mediatorii chimici a receptorilor sinaptici, la diferite niveluri ale căii nociceptive.

Lipsa reacției normale la durere — consecință a unor leziuni cerebrale dobândite — poartă numele de ASIMBOLIE ALGICĂ și se caracterizează prin lipsa reacțiilor comportamentale la stimuli nociceptivi, senzația elementară fiind păstrată.

Modificări ale pragului sensibilității dureroase determină :

- sindroame hiperalgice, caracterizate prin reducerea marcată a pragului la stimuli algici, cu perceperea lor exagerată (leziuni de structuri nervoase periferice, leziuni medulare, de trunchi cerebral, talamice sau corticale, hiperalgezii viscerale, cefalice etc.) †
- sindroamele hipoalgice sau analgezice includ : sindromul indiferenței congenitale la durere, pierderea sau diminuarea sensibilității dureroase. Semn neurologic al isteriei, hipoalgezia este însoțită, de regulă, de abolirea și a altor modalități senzitive. Distribuția analgeziei este caracteristică, nerespectând distribuția anatomică a filetelor nervoase.

618. DURERE MORALĂ ● Stare efectivă cu intensă încărcătură negativă, caracterizată prin trăiri autodepreciative, al cărei fundal holotimic este tristețea vitală și care presupune întotdeauna participare endogenă. Apare, sub diferite intensități, în diverse entități nosologice și stări psihopatologice, constituțiile depresive (timopatul, depresiv, anancastul, tipul melancolic descris de TELLENBACH, schizoidul), în depresia endoreactivă și, în deosebi, în depresia majoră (psihotică).

În cazul depresiei constituționale, MICHAUX descrie spleen-ul (dezgust cronic, neperiodic, față de viață — „taedium vitae”, nemotivat, lipsit de trăiri anxioase și autoacuzare, caracterizat prin comportament normal, dar toleranță scăzută la manifestările de bucurie ale celorlalți, potențial suicidar) și nostalgia (tristețe reactivă, dar disproporționată, la ruperea unor legături afective, inadaptabilitate la noile raporturi efective, cu „nosomanie” consecutivă, manifestată ca o impulsivitate irezistibilă de închidere în sine, cu reverii asupra trecutului † poate ajunge pînă la depresie veritabilă, însoțită de insomnii, anxietate) atribuită psihanalitic unor fixații infantile.

H. EY, BERNARD, BRISSET identifică aceste stări cu pesimismul, ca polarizare a conștiinței (și nu sentiment sau idee bine precizată) spre nefericire și greșală (viitorul nu rezervă nimic pozitiv, indiferent de acțiunile subiectului), ceea ce implică potențialități autoacuzatoare în cele mai obișnuite circumstanțe. Durerea

morala din depresia majoră intrunește, în întregime, caracterul vital, de tristețe funci-
ciară, profundă și monotonă, ceea ce o deose-
bește de patetismul oarecum inautentic al
depresiei nevrotice și o face rezistentă la
persuasiunea psihoterapică (H. EY). Psiho-
ticul depresiv trăiește un prezent imobil,
arid, lipsit de perspectiva viitorului care este
înlocuită cu un vid dureros, ca de doliu și
de prezența unui trecut stagnant, încărcat
de regrete vii și nostalgii insuportabile ale
unei fericiri nu doar pierdute sau irosite,
ci și imposibile (MICHAUX).

Se ajunge uneori la anestezia afectivă, ca
ultim stadiu al durerii morale, care, pe lângă
trăirile penibile ale unor modificări anestezice,
este însoțită de autodeprecieri, incapacitate
și neputință, până la inhibiție psihomotorie
și morală (H. EY), generând o stare de profundă
insecuritate. Modificările gândirii în sens auto-
acuzator se extind asupra tuturor intențiilor,
acțiunilor, atitudinilor bolnavului, care sfir-
șește prin a nu se considera bolnav, ci vinovat.
Singura perspectivă întrevăzută este imanența
morții, proprie durerii morale, psihotice,
moarte pe care bolnavul și-o poate provoca
(dacă inhibiția motorie nu-l oprește să o facă),
uneori ca raptus suicidal (melancolic) sau în
cadrul unui suicid colectiv (omor altruist).
ROGUE de FOURSAC denumește durerea
moral „tristețe activă“.

619. DURKHEIM Emile (1858—1917) ●
Sociolog de renume și profesor la Sorbona,
intemeietor al sociologiei științifice (funda-
mentează metoda multivariației în sociologie,
subliniază specificitatea socialului și anume
„exterioritatea“ în raport cu individul și ca-
pacitatea de a exercita o acțiune coercitivă
asupra acestuia). Este intemeietorul școlii
franceze de sociologie, iar preocupările pentru
psihologie și psihopatologie sînt indirecte și
secundare preocupărilor referitoare la so-
cietate, văzută ca fenomen autonom, care se
autodetermină. Societatea este o „totalitate
emergentă“, diferită de suma indivizilor com-
ponenti care, deși exercită asupra fiecăruia
o influență coercitivă, nu se explică decît
prin sine înșiși. Lucrarea „Suicidul“ (1897) se
fundamentează pe ideea de autodistrucție,
care este consecința condițiilor sociale, a im-
posibilității de integrare a individului în com-
unitatea umană. Pe aceeași linie, DURKHEIM
distinge fenomene sociale „normale“ și „anor-
male“ (introduce termenul de „anomie“),
aberante, cum sînt și antagonismele societății
în care a trăit.

620. DURMINE^(M) Anglia, Australia —
DCI Fentermină ● Psihostimulent, derivat

feniletilaminat de tip α , α -dimetilfenetilamină,
cu efecte simpaticomimetice și anorexigene,
utilizat și în combaterea obezității secundare
curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMU-
LENTE.

621. DUȘMĂNIE (cf. turc. *düşman*) ●
Formă de agresivitate manifestată prin atitu-
dini, gesturi, acțiuni ostile, ce pot ajunge
pînă la distrugerea unor persoane, grupuri,
sisteme sociale opuse. Exprimă o agresivitate
primară (care poate ajunge, uneori, pînă la
ură). Este dăunătoare, din punct de vedere
social, putînd angrena distrugerea motivată
și nemotivată a altora sau chiar a celui care o
exercită. Cînd este motivată social, poate
deveni valoroasă, prin calitatea motivației și
prin consecințele sociale reformatoare pe care
le atrage.

622. DYMOPERAZINE^(M) Canada — DCI
Trifluoperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat
fenotiazinic piperazinat, de tip 10- β -(4-metil-
-1-piperanzil) propil/-2-(trifluorometil) fenotia-
zină, cu acțiune antipsihotică marcată și ac-
țiune sedativă relativ redusă, cu valențe anxio-
litice și antiemetice. Efectele antihistaminice,
antispastice și adrenolitice sînt mai mult
decît reduse. Industria noastră farmaceutică
il produce sub numele de TRIFLUOPERA-
ZIN^(M).

623. DYNAPRIN^(M) Italia — DCI *Imipra-
mine* ● Antidepresiv timoleptic, derivat di-
benzazepinic, de tip 5- β -(dimetilamino)propil-
10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină, cu ac-
țiune antidepresivă, cu spectru larg de acțiune,
incluzînd depresia endogenă și este posibilă și
se recomandă asocierea cu NL bazale, în
psihoze. Efectele terapeutice se instalează
lent (în 12—14 zile). Este necesar ca trata-
mentul să fie susținut, existînd riscul recăde-
rilor (în nevroze — minimum 3 luni, în psi-
hoze — 6 luni). Industria noastră farmaceu-
tică il produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

624. DYSTOID^(M) FRG — DCI *Meproba-
mate* ● Tranchilizant, derivat propandiolic
de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarba-
mat, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă
și ușor hipnotică. Indicat în nevroze cu com-
ponentă anxioasă și depresivă, alcoolism, de-
lirium tremens, unele forme de epilepsie
petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără
efecte secundare evidente și contraindicații,
tratamentul de lungă durată nu se întrerupe
brusc, putînd apărea un „mic sindrom de
abstinență“. Industria noastră farmaceutică il
produce sub numele de MIEPROBAMAT^(M)

1. 10/10/2020

10/10/2020

1

10/10/2020

10/10/2020

10/10/2020

INDEX ALFABETIC PENTRU:

- boli^(B)
- deliruri^(D)
- fobii^(F)
- halucinații^(H)
- medicamente^(M) :
 - Betablocante
 - Neuroleptice
 - Psihostimulente
 - Timoanaleptice
 - Timoleptice
 - Tranchilizante
- medicamente compuse^(MC)
- personalități (date despre)
- semne / simptome^S
- sindroame^(S)
- teste^(T)

Sînt cuprinse în ordine alfabetică, pentru literele A—D, principalele boli^(B), deliruri^(D), fobii^(F), halucinații^(H), medicamente^(M), personalități cu implicații în dezvoltarea psihiatriei, semne/simptome^s, sindroame^(S) și teste^(T) și cu indicarea numărului termenului în cadrul literei și cu pagina respectivă unde este tratat.

Exemple :

Pentru boli^(B), deliruri^(D), fobii^(F), halucinații^(H), semn / simptom^s, teste^(T), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea : (B), (D), (F), (H), s, (S), (T) sin., trimiteri, etc.	Nr. crt.	Nr. pag.
ALZHEIMER ^(B) boală — demența presenilă	A 529	149
BOGĂȚIE ^(D) delir — delir sistematizat de grandoare	B 343	441
CHEIMOFOBIE ^(F) — teama de frig, de iarnă	C 274	538
DECORATIVE ^(H) halucinații	D 78	692
AMAT ^s semn → BENOIT-AMAT ^(S) sindrom	A 532	150
CALMEIL ^(S) sindrom — sin. DELIR ACUT IDIOPATIC → CONFUZIE MALIGNĂ ^(S)	C 38	486

Pentru medicamente^(M) și medicamente combinate^(MC), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea produsului	Țara	D.C.I.	Derivat	Nr. crt.	Nr. pag.
ANTIDEPRIN ^(M)	România	Imipramină	Dibenzazepinic	A 853	230
BURONIL ^(M)	Belgia	Melperonă	Butirofenonic	B 511	475
CYLERT ^(M)	Anglia	Pemolină	Oxazolinic	C 808	676
DIAZEPAM ^(M)	România	Diazepam	Benzodiazepinic	D 334	779

Pentru personalități implicate în dezvoltarea psihiatriei, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Numele și prenumele	Anii	Date	Nr. crt.	Nr. pag.
BELHOMME Jacques	(1737—1824)	„tîmplarul infirmier“ Franța	B 122	390
BRÂNZEI Petre	(1916—1985)	psihiatru român	430	462

BOALĂ^(B)

ABETALIPOPROTEINEMIE ^(B)	sin. →	BASSEN-KORNZWEIG ^(B)	A 26	16
ACRODINIE ^(B)	— sin.	CHARDON ^(B) → ERITEM AUSTRALIAN	135	45
ACROMEGALIE ^(B)	— manifestări psihice		144	46
ADDISON ^(B)	— manifestări psihice		239	72
AFECTIUNI CARDIOVASCULARE	— manifestări psihice		332	92
ALLAN-CUSWORTH-DENT ^(B)	— manifestări psihice		485	143
ALPERS-CHRISTENSEN-KRABBE ^(B)	— manifestări psihice		510	145
ALZHEIMER ^(B)	(demența presenilă)		529	149
ANDERS ^(B)	sin. →	DERCUM ^(B)	730	197
APERCEPȚIE AUDITIVĂ CONGENITALĂ ^(B)	sin. →	LEY ^(B)	936	258
ARAKAWA ^(B)	(boală ereditară autosomal recesivă)		1007	269

ASTM^(B)	— aspecte psihosomatice	1138	313
ATEROSCLEROZĂ^(B)	— manifestări psihice	1184	322
AUTOGENĂ^(B)	— „eliminarea iatrogeniei”, BALINT	1282	344
AVITAMINOZE	— manifestări psihice	1346	358
BANNISTER^(B)	sin.		
	→ ANGIONEUROTIC — edem	848	373
BARLOW^(B)	(avitaminoză C — SCORBUT INFANTIL)	69	380
BASEDOW^(B)	— sin. FLAJANI ^(B) ; GRAVES ^(B) ; GRAVES-BASEDOW ^(B)	82	382
BASSEN-KORNZWEIG^(B)	sin. ABETALIPOPROTEINEMIE	83	382
BAYLE^(B)	→ PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ	96	384
BEARD^(B) (1869)	→ NEURASTENIE	103	386
BEHR^(B)	(maladie eredocolaterală, 1909)	119	389
BERGERON^(B)	— sin. COREE ISTERICĂ; COREE ELECTRICĂ	172	398
BERI-BERI^(B)	(avitaminoză B ₁)	174	399
BIELCHOWSKI^(B)	— sin. IDIOTIE AMAUROTICĂ	224	413
BINSWANGER^(B)	(formă de ateroscleroză cerebrală, 1894)	249	417
BLEULER^(B)	sin.		
	→ SCHIZOFRENIE	308	431
BLOCQ^(B)	— sin. APRAXIA MERSULUI		
	sin. → ASTAZO-ABAZIE	319	433
BOALĂ CANCEROASĂ	— manifestări psihice	323	435
BOALĂ CLANDESTINĂ	— manifestări psihice	324	436
BOALĂ CRONICĂ DE IRADIERE	— manifestări psihice	325	436
BOALA INCLUZIUNILOR DAWSON	sin. → PANENCEFALITĂ SUBAC. SCLEROZANTĂ	326	437
BOALA MUNTJLOR	— sin. BOALĂ DE ALTITUDINE		
	sin. → DA COSTA ^(B)	327	437
BOALĂ OCLUZIVĂ	— manifestări psihice	328	437
BOALĂ PSIHICĂ	— circumscriere, forme de manifestare	329	437
BOALĂ PSIHOGENĂ	→ PSIHOGENIE	330	440
BOALĂ ROZĂ	— sin. CHARDON ^(B)		
	sin. → ERITEM AUSTRALIAN	331	440
BOALA SFÎNTULUI VALENTIN	→ EPILEPSIE	332	440
BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE	sin. → WEEST ^(B)	333	440
BOALA TICURILOR	sin. → GILLES DE LA TOURETTE ^(B)	334	440
BOGAERT^(B)	— sin. ATROFIA PALIDO-SUBTALAMICĂ PROGRESIVĂ	340	441
BOGAERT-SCHERER-EPSTEIN^(B)	(catabolism lipidic)	342	441
BOISVERT^(B)	(polinevrită alcoolică)	346	441
BOLI INFECȚIOASE GENERALE	— tulburări psihice	347	441
BOLI NEUROLOGICE	— tulburări psihice	348	442
BOLI CU PATOGENEZĂ METABOLICĂ	— tulburări psihice	349	446
BONHOEFFER^(B)	epilepsie reactivă		
	sin. → BRATZ ^(B)	359	450
BOSTROEM^(B)	(formă de manie confuzivă, 1926)	384	456
BOURNEVILLE^(B)	— sin. EPILOIA SCHERLOCH; SCLEROZĂ TUBEROASĂ	393	457
BRAIN^(B)	(apraxia îmbrăcării, 1941)	426	461
BRAVAIS-JACKSON^(B)	sin. EPILEPSIE JACKSONIANĂ	435	463
BRICHT^(B)/psihoză	(tulburări psihotice în insuficiența renală)	447	464
BUTTEN-SPIELMEIER-VOGT^(B)		520	477

CELSUS ^(B)	sin. →	CATALEPSIE	C 200	524
CHARCOT-MARIE-TOOTH ^(B)	—	tulburări psihice	263	536
CHARCOT-VULPIAN ^(B)	sin. →	LEUCONEVRAXITĂ	264	537
CHARDON ^(B)	— sin.	ACRODINIE	→	ERITEM AUSTRIAN
CHEYNE ^(B)	→	HIPOCONDRIE	266	537
CISTATIONEMIE ^(B)	(HARISS, 1959)		287	539
CITRULINEMIE ^(B)	—	manifestări psihice	364	550
CONDRODISTROFIE FETALĂ ^(B)	sin.	ACONDROPLAZIE	371	552
COREE ACUTĂ ^(B)	→	SYDENHAM ^(B)	550	605
COREE CRONICĂ HUNTINGTON ^(B)			666	635
COREE CRONICĂ PROGRESIVĂ SPORADICĂ ^(B)			667	635
			668	635
COREE ISTERICĂ ^(B)	— sin.	COREE ELECTRICĂ	→	BERGERON ^(B)
COREE VASCULARĂ ^(B)			669	635
CRAIG-NORMAN ^(B)	—	manifestări psihice	672	636
CREUTZFELDT-JAKOB ^(B)	—	demență presenilă	705	643
CRIGLER-NAJJAR ^(B)	—	manifestări psihice	725	647
CROUSON ^(B)	(„plurium degenerativ”) manif.	psihice	727	648
CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT ^(B)	—	manifestări psihice	770	664
			799	673
DA COSTA ^(B)	sin.	BOALĂ DE ALTITUDINE	→	BOALA MUNȚILOR
DAWSON ^(B)	sin.	ENCEFALITĂ SUBACUTĂ CU INCLUZIUNI	D 5	678
DERCUM ^(B)	sin.	ADIPOZĂ DUREROASĂ	→	ANDERS ^(B)
DEVIC ^(B)	sin.	NEUROMIELITĂ OPTICĂ	44	684
DUCHENNE ^(B)	—	distrofie progresivă	224	745
			282	761
			603	832
DELIR^(D)				
ABSURD ^(D)	delir	— sărac, nesistematizat, poveste de preșcolar	A 53	25
ACTIV ^(D)		— autoacuzare, risc suicidal major	177	52
ACȚIUNE BINEFĂCĂTOARE ^(D)		— călăuzit de forțe supranaturale	201	58
ACUT ^(D)		— dezorientare, productivitate, azotemie	223	66
AFFECTIV ^(D)		— paraliză dispoziției afective (SNEJEVSKI)	323	90
AMBITIOS ^(D)		— exaltare a Eului, omnipotență (MASSELOON, 1906)	548	154
AMOROS ^(D)		— povestea unei iubiri imaginare, neîmplinite	625	172
ANXIOS ^(D)		— precizarea fondului desfășurării delirului	911	254
ASCUNS ^(D)		— trăit de subiect, inobservabil celorlalți	1078	293
ASISTOLIC ^(D)		— delirium terminal (RÉGIS)	1100	299
ATINGERE ^(D)		— de fapt, obsesie nevrotică a murdăriei	1193	325
AUTISTIC ^(D)		— „nucleul existenței schizofrene” (EY)	1251	339
AUTOCONSTRUCTIV ^(D)		— roman extrapersonal absurd (CLÉRAMBAULT)	1262	341
AUTOHTON ^(D)		— idei delirante primare (CONRAD)	1286	344
AUTOUMILIRE ^(D)		— autodeprecieri cu răsunet comportamental	1328	354
BAYER ^(D)		— delir indus la subiecți bolnavi psihic (1932)	B 94	383
BOGĂȚIE ^(D)		— cliștigiuri uriașe și mare mizerie	343	441
CALMEIL ^(D)		— sin. DELIR ACUT IDIOPATIC	→	CONFUZIE MALIGNĂ ^(B)
CATATIMIC ^(D)		— în raport cu polaritatea afectivității (MAYER)	C 38	486
CATESTEZIC ^(D)		— senzații neplăcute ce modifică afectivitatea	146	505
			154	510

CENESTOPAT ^(D)	— interpretare hipocondriacă a senzațiilor	204	525
COLECTIV ^(D)	— delir comun cu „autori” multipli	482	578
COMBINAT ^(D)	— sin. DELIR MIXT	495	583
COMPENSARE ^(D)	— ieșire imaginară dintr-o situație neplăcută	507	587
COMPLEX ^(D)	— atură fantastică precoce	512	590
CONFABULATOR ^(D)	— pseudo-realitate (KRAEPELIN, DUPRÉ, LOGRE)	555	606
CONFORMIST ^(D)	— afilierea individului la delirul colectiv	563	609
CONFUZO-ONIRIC ^(D)	— dezorientare spațiotemporală cu halucinații	568	610
CONSTITUTIONAL ^(D)	— prăbușirea unor structuri psihologice	590	616
CONTACT ^(D)	— „nebulnia atingerii” (ESQUIROL, 1838)	601	621
CONTRADICTORIUM ^(D)	— absurditate, contradicție incoerentă	616	625
COSMOGNONIC ^(D)	— sin. METAFIZIC ^(D)	695	641
CRONIC ^(D)	— delir cronic cu evoluție progresivă	761	661
CULPABILITATE ^(D)	— sin. VINOVAȚIE ^(D) → AUTOACUZARE	779	665
CVERULENT ^(D)	— revendicare absurdă, violentă (BEER, 1869)	802	676
DELIR	— fenomen fundamental al nebuniei	D 129	705
DELIR ACUT	— sindrom confuzional deosebit de grav	130	707
DELIR ACUT AZOTEMIC	— formă descrisă de MARCIAUD	131	708
DELIR (AL) ACTELOR	— conduitele mai evidente decît ideile	132	708
DELIR ACUT IDIOPATIC	— ^{sin.} → CALMEIL ^(D)	133	708
DELIR (DE) CONTACT	— sin. DELIR DE ATINGERE (ESQUIROL, 1838)	134	708
DELIR (LA) COPIL	— nesistematizat, greu evidentîabil	135	708
DELIR (CU) ECLIPSE	— conținut delirant stereotip	136	709
DELIR (DE) INTUIȚIE	— mecanism psihopatologic incriminat	137	709
DELIR (AL) INVENTATORILOR	→ INVENȚIE ^(D)	138	709
DELIR (ÎN) DOI	— delir al cuplului (FALRET, LASÈGUE, 1877)	139	709
DELIR MIXT	— ^{sin.} → COMBINAT ^(D)	141	709
DELIR TRANZITORIU	— accese delirante scurte fără recidive	142	709
DELIRIUM TREMENS	— stare confuzională psihică de origine organică	143	709
DEMONOPATIC ^(D)	— subiectul crede că este posedat de demon	170	724
DEPOSEDARE ^(D)	— revendicator cu pseudoprejudicii	198	731
DEPRESIV ^(D)	— ^{sin.} → MELANCOLIC ^(D)	210	741
DERMATOZOIC ^(D)	— sin. DELIR CU ECTOPARAZIȚI ^(D)	238	748
DESCOPERIRE ^(D)	— „soluții în domenii imposibile”	240	748
DISIMULAT ^(D)	— ^{sin.} → ASCUNS ^(D)	433	796
DOGMATIC ^(D)	— raționalism împins pînă la absurd (CLÉRAMBAULT)	511	812
DÖLKEN ^(D)	— delirium tremens, formă atipică, neproductivă	568	825
FOBII ^(F)			
ACAROFOBIE ^(F)	— teama de insecte (împătură/prezență)	A 66	29
ACEROFOBIE ^(F)	— teama de a fi ironic, dur (1880)	89	35
ACLUOFOBIE ^(F)	— teama de întuneric/locuri întunecoase	113	43
ACROFOBIE ^(F)	— teama de înălțime — sin. HIPSOFOBIE ^(F)	137	45
ACUSTICOFOBIE ^(F)	— teama de sunete / nu de tonalitate (1886)	220	66
ACYAFOBIE ^(F)	— teama de apă — sin. HIDROFOBIE ^(F)	226	67
AEROACROFOBIE ^(F)	— teama de locuri înalte și de zbor	300	86
AEROFOBIE ^(F)	— teama de zborul cu avionul (nu și de înălțime)	302	86
AGALMATOREMAFOBIE ^(F)	— teama de statui (vorbitoare)	355	102
AGIOFOBIE ^(F)	— teama de spațiul larg al străzii	367	103
AGORAFOBIE ^(F)	— teama de spațiile urbane deschise (1883)	380	108
AIHMOFOBIE ^(F)	— teama de obiecte ascuțite	401	115
AILUROFOBIE ^(F)	— ^{sin.} → GATOFOBIE ^(F) → GALEOFOBIE ^(F)	402	115

ALGOFOBIE ^(F)	— teama de durere (altfel tolerabilă)	461	137
AMATOFOBIE ^(F)	— teama de praf	533	150
AMAXOFOBIE ^(F)	— teama de autovehicule	537	151
AMICOFOBIE ^(F)	— teama de a fi zgîrlit	578	159
ANDROFOBIE ^(F)	— teama de sexul masculin (evident, la femei)	731	197
ANEMOFOBIE ^(F)	— teama de curenți de aer, vînt	744	201
ANGIOFOBIE ^(F)	sin.		
	→ PNIGOFOBIE ^(F)	764	203
ANTLOFOBIE ^(F)	— teama de inundații domiciliare	880	240
ANTROPOFOBIE ^(F)	— teama de oameni — sin. EXANTROPIE	892	243
APEIROFOBIE ^(F)	— teama de infinit (ca spațiu, nu metafizic)	934	258
APIFOBIE ^(F)	— teama de albine	943	259
ARAHNOFOBIE ^(F)	— teama de păianjeni (insecte, în general)	1003	269
ASTENOFOBIE ^(F)	— teama de oboseală (la un efort minim)	1133	313
ASTRAFOBIE ^(F)	— teama de corpuri cerești	1139	314
ASTRAPEFOBIE ^(F)	— teama de fulgere	1140	314
ASTROFOBIE ^(F)	— teama de fenomene astronomice	1143	315
ATEFOBIE ^(F)	— teama de ruină, de nefericire	1169	317
AULOFOBIE ^(F)	— teama de sunetele instrumentelor de suflat.	1239	337
AURORÁFOBIE ^(F)	— teama de lumina zorilor	1242	337
AUTOFOBIE ^(F)	— teama de a fi singur (nejustificată)	1280	344
AUTOMISOFOBIE ^(F)	— teama de a răspindi mirosuri urite	1300	349
BACILOFOBIE ^(F)	— teama de bacili	B 13	367
BALISTOFOBIE ^(F)	— teama de proiectile, explozii, arme de foc	32	370
BAROFOBIE ^(F)	— teama de gravitație	72	380
BATOFOBIE ^(F)	— teama de prăpăstii, văi, defileuri	88	383
BATRÁCOFOBIE ^(F)	— teama de „broaște”	89	383
BAZOSTAZIFOBIE ^(F)	— teama de ortostatism și mișcare	99	384
BAZOFOBIE ^(F)	— teama de mișcare (nu și de ortostatism)	100	384
BELONEFOBIE ^(F)	— teama de înțepătura de ac	132	391
BIBLIOFOBIE ^(F)	— teama de cărți, albume, biblioteci	216	411
BROMIDROSIFOBIE ^(F)	— teama de mirosul propriului corp	466	467
BRONTOFOBIE ^(F)	— teama de tunete	472	468
CACORAFOBIE ^(F)	sin.		
	→ KAKORAFOBIE ^(F)	C 10	479
CACOTENOFOBIE ^(F)	— „teroarea sfincterelor”	73	479
CALINOFOBIE ^(F)	— teama de nou — sin. NEOFOBIE ^(F)	23	482
CAINOTOFOBIE ^(F)	— sin. NEOFOBIE ^(F)		
	sin. → CAINOFOBIE ^(F)	23	482
CANCEROFOBIE ^(F)	— teama de boala cancerosă	56	490
CATAGELOFOBIE ^(F)	— teama de a fi ridicol	135	503
CATIZOFOBIE ^(F)	— teama de a se așeza	159	512
CATOPTROFOBIE ^(F)	— teama de oglinzi	161	512
CENOFOBIE ^(F)	— teama de spații deschise — sin. KENOFOBIE ^(F)	209	526
CHEIMOFOBIE ^(F)	— teama de frig, de iarnă	274	538
CHEIROFOBIE ^(F)	— teama de a scrie — sin. GRAFOFOBIE ^(F)	276	538
CHENOFOBIE ^(F)	— teama de încăperi/spații goale	282	538
CHEROFOBIE ^(F)	— teama de a pierde buna dispoziție	283	538
CHINOFOBIE ^(F)	— teama (nemotivată) de cîini	297	541
CHIONOFOBIE ^(F)	— teama de fulgi de zăpadă	298	542
CHIPRIDOFOBIE ^(F)	— teama de boală venerică (nejustificată)	300	542
CIBOFOBIE ^(F)	— teama de a se hrăni/de hrană	339	548
CLAUSTROFOBIE ^(F)	— teama de spații înguste, închise	391	561
CLIMACOFOBIE ^(F)	— teama de trepte, de scări	401	562

CLITOROFOBIE ^(P)	— teama de încăperi neaerisite	416	565
COITOFOBIE ^(P)	— teama de actul sexual	477	578
COMETOFOBIE ^(P)	— teama de corpuri cerești	498	583
COPROFOBIE ^(P)	— teama de materii fecale — sin. SCOTOFOBIE ^(P)	657	635
CREMATOFOBIE ^(P)	— teama de bani (de a-i atinge)	718	646
CREMNOFOBIE ^(P)	— teama de prăpastie, de adincimi	719	646
CRIOFOBIE ^(P)	— sin. PSICROFOBIE ^(P) → CHEIMOFOBIE ^(P)	734	649
CRISTALOFOBIE ^(P)	— teama de obiecte de sticlă	737	650
CROMATOFOBIE ^(P)	— teama de o culoare sau de toate culorile	754	660
CRONOFOBIE ^(P)	— teama de trecerea timpului (exagerată)	766	663
CYPRIDOFOBIE ^(P)	sin. → CHIPRIDOFOBIE ^(P)	812	677
DEMOFOBIE ^(P)	— teama de aglomerație — sin. OCLOFOBIE ^(P)	D 165	723
DEMONOFOBIE ^(P)	— teama de demoni, stafii	167	723
DERMATOFOBIE ^(P)	— teama de afecțiuni dermatologice	233	747
DERMATOSIOFOBIE ^(P)	sin. → DERMATOFOBIE	237	748
DEXTRAFOBIE ^(P)	— teama de obiecte situate în dreapta	289	763
DICHEFOBIE ^(P)	— teama de organele juridice	345	782
DIPSOFOBIE ^(P)	— teama de a consuma lichide	395	790
DISMORFOFOBIE ^(P)	— („psihoza urîteniei” — KOUPERNIK)	446	799
DOMATOFOBIE ^(P)	→ CLAUSTROFOBIE ^(P)	523	815
DORMATOFOBIE ^(P)	— teama de atingerea blănurilor	541	819
DROMOFOBIE ^(P)	— teama de deplasări, de a porni la drum	581	826

HALUCINAȚII^(H)

ACROMATICE ^(H)	— halucinații (comune mai complexe)	A 142	45
ACUSTICO-VERBALE ^(H)	— geneză și manifestări heteroclitice	221	66
ADELOMORFĂ ^(H)	— absența conturului ce le delimitează	243	73
AGREABILE ^(H)	— plăcute, trezesc dorința de repetare	387	110
AHLENSTIEL ^(H)	— simple, auditive/apar în stres	398	114
ALGOHALUCINAȚII ^(H)	— tactile și somestezice dureroase	462	137
ANTAGONISTE ^(H)	— verbale, contradictorii	837	219
APERCEPTIVE ^(H)	— psihice; pseudohalucinații (KAHLBAUM)	937	258
ASOCIATE ^(H)	— „una devine semnal pentru cealaltă”	1106	300
AUDITIVE ^(H)	— frecvente, apariție în spațiul obiectiv	1235	336
BAILLARGER ^(H)	— („percepții intelectuale”/1844)	B 18	368
BARESTEZICE ^(H)	— tulburări ale cenesteziei	59	378
BERZE ^(H)	— sin. OPTICOKINESTEZICE ^(H) (vizuale)	187	400
BLEULER ^(H)	sin. → BLEULER ^a simptom	310	432
BONNET ^(H)	— eidolii halucinozice (1760)	364	451
CAMPINE ^(H)	— respectă realitatea spațiului obiectiv	C 52	488
CENESTEZICE ^(H)	— datorate unor forțe xenopaticice	201	524
CINEMATOGRAFICE ^(H)	— tablouri vizuale dinamice	352	549
COLECTIVE ^(H)	— apărute simultan la un grup	484	579
COMBINATE ^(H)	sin. → SINESTEZICE ^(H)	496	583
COMPLEXE ^(H)	— identifică clar obiecte, personaje	514	591
COMUNE ^(H)	— conținut apropiat de senzații	529	598
CONTRADICTORII ^(H)	sin. → ANTAGONISTE ^(H)	615	625
CORPORALE ^(H)	sin. → VISCERALE ^(H)	686	637

COSMICE ^(M)	— „imagini și muzică astrală“	694	641
CROMATICE ^(M)	— complexe, cu atribute cromatice	753	660
DECORATIVE ^(M)	— vizuale : arabescuri	D 78	692
DIFERENȚIATE ^(M)	— simple : zgomotele își găsesc sursa	357	784
DOMINANTE ^(M)	— aspect cantitativ în tabloul paranoid	527	815

MEDICAMENTE^(M)

● ANTIDEPRESIVE

● TIMOANALEPTICE (TMA)

ACTAMOL ^(M)	Anglia	Mebanzină	hidrazinic	A 167	49
ACTOMOL ^(M)	Anglia	Mebanzină	hidrazinic	194	56
CATRON ^(M)	S.U.A.	Feniprazină	hidrazinic	C 163	513
CATRONIAZIDE ^(M)	S.U.A.	Feniprazină	hidrazinic	163	513
CAVODIL ^(M)	Anglia	Feniprazină	hidrazinic	171	515
DEPRENYL ^(M)	Ungaria	Selegilină	propargilaminic	D 203	731
DRAZINE ^(M)	Anglia	Fenoxipropazină	hidrazinic	571	825

● TIMOLEPTICE (TML)

ACETEXA ^(M)	R.F.G.	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	A 91	85
ADAPIN ^(M)	S.U.A.	Doxepină	dibenzoxepinic	232	68
ADAPTOL ^(M)	Spania	Melitracen	antracenic	237	72
ADEPRESS ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	248	75
ADEPRIL ^(M)	Italia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	250	75
ADEPRIM ^(M)	Belgia	Quinupramină	dibenzazepinic	251	75
ADT ^(M)	Portugalia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	292	85
AGEDAL ^(M)	Elveția	Noxiptilină	dibenzocicloheptadienic	359	102
ALIVAL ^(M)	Franța	Nomifensină	isochinolonic	482	143
ALLEGRON ^(M)	Anglia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	486	143
ALTILEV ^(M)	Franța	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	519	147
AMAVIL ^(M)	S.U.A.	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	535	151
AMBIVALON ^(M)	Elveția	Amitriptilinoxid	dibenzocicloheptadienic	550	155
AMIANELUN ^(M)	Spania	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	576	159
AMILENT ^(M)	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	580	160
AMIPHAN ^(M)	Japonia	Triptofan	triptofan	596	164
AMIPRIN ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	597	164
AMIPTANOL ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	599	164
AMITRIPTILINA ^(M)	România	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	604	165
AMIZOL ^(M)	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	609	166
AMOXAN ^(M)	Japonia	Amoxepină	dibenzazepinic	629	173
ANAFRANIL ^(M)	Franța	Clomipranină	dibenzazepinic	652	178
ANAMETRIN ^(M)	Portugalia	Nomifensină	isochinolizinic	704	191
ANAMOX ^(M)	S.U.A.	Amoxapină	dibenzazepinic	707	194
ANAPSIQUE ^(M)	Mexic	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	712	194
ANCHOLIBRE ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	724	197
ANGOPASSE ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	782	207
ANNOLYTIN ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	797	210
ANSIOPAX ^(M)	Portugalia	Dibenzepină	dibenzodiazepinic	829	219
ANTIDEPRIIN ^(M)	România	Imipramină	dibenzazepinic	853	230

ANTIPRESS ^(M)	S.U.A.	Imipramină	dibenzazepinic	872	237
APONAL ^(M)	R.F.G.	Doxepină	dibenzoxazepinic	963	261
ARIN ^(M)	Coreea	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1034	279
ASENDIN ^(M)	Canada	Amoxapină	dibenzazepinic	1082	294
ATEBEN ^(M)	Argentina	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1168	317
ATHYMIL ^(M)	Franța	Mianserin	dibenzazepinic	1188	324
ATOPHINE ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1206	331
ATRYPTAL ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	1225	335
AVANTYL ^(M)	Mexic	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1334	355
AVENTYL ^(M)	Anglia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	1338	356
AZAPHEN ^(M)	U.R.S.S.	Azafen	isochinolizinic	1367	363
BELPAX ^(M)	Argentina	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	B 133	391
BENZOAZON ^{E(M)}	Italia	Caroxazonă	acetamidic	165	397
BERCOMINE ^(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	177	399
BIMARAN ^(M)	Argentina	Trazodoră	piridinic	239	415
BOLVIDON ^(M)	Anglia	Mianserin	dibenzazepinic	352	450
CENSTIM ^(M)	S.U.A.	Imipramină	dibenzazepinic	C 211	526
CENTROLYSE ^(M)	Argentina	Butriptilină	dibenzocicloheptadienic	223	528
CHIMOREPTIN ^(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	289	539
CHRYTEMIN ^(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	329	546
CINCOFARM ^(M)	Spania	Oxitriptan	triptofanic	351	549
CO-CAPS					
IMIPRAMINE ^(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	457	514
CONCORDIN ^(M)	Franța	Protriptilină	dibenzocicloheptadienic	542	603
CONFLICTAN ^(M)	Franța	Oxaflozană	morfolinic	561	609
DAPRIMEN ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	D 28	681
DECA-					
PERAZINE ^(M)	Canada	Trazodonă	triazolopiridinic	66	688
DECATRIPTYN ^(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	70	689
DEMOLOX ^(M)	Anglia	Amoxapină	dibenzazepinic	166	723
DEPARON ^(M)	Franța	Demexiptilină	dibenzocicloheptatrienic	187	727
DEPRAMINE ^(M)	Grecia	Imipramină	dibenzazepinic	200	731
DEPRENIL ^(M)	Poניה	Imipramină	dibenzazepinic	202	731
DEPRESS ^(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic	212	743
DEPRESSIN ^(M)	Franța	Propizepină	dibenzazepinic	213	743
DEPRESYM ^(M)	S.U.A.	Dosulepină	dibenzotiepinic	214	743
DEPREX ^(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	215	743
DEPREXAN ^(M)	Israel	Desipramină	dibenzazepinic	216	743
DEPRINOL ^(M)	Danemarca	Imipramină	dibenzazepinic	218	744
DESYREL ^(M)	S.U.A.	Trazodone	triazolopiridinic	260	754
DEVRYL ^(M)	Mexic	Clomacran	acridanic	283	761
DIATRASE ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	331	779
DINSIDON ^(M)	Chile	Opipramol	dibenzazepinic	379	788
DITISAN ^(M)	Brazilia	Imipraminoxid	benzodiazepinic	495	808
DIXERAN ^(M)	Elveția	Melitracen	antracenic	498	810
DOKXAPAN ^(M)	Turcia	Doxepină	dibenzoxepinic	514	813
DOLSEDOL ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	519	814
DOMICAL ^(M)	Anglia	Amitriptilină	dibenzocicloheptadienic	524	815
DOXAL ^(M)	Finlanda	Doxepină	dibenzoxepinic	563	821
DOXECAN ^(M)	Coreea	Doxepină	dibenzoxepinic	563	821
DOXEPIN ^(M)	România	Doxepină	dibenzoxepinic	564	821
DYNAPRIN ^(M)	Italia	Imipramină	dibenzazepinic	623	839

● BETABLOCANTE (BB)

ACIFOL ^(M)	Mexic	Propranolol	propanolic	A 111	43
ADOBIOL ^(M)	Japonia	Bufetolol	butilaminic	279	80
ALDERLIN ^(M)	Suedia	Pronetolol	aminoetanolic	435	128
ALFAZICAL ^(M)	Grecia	Propranolol	propanolic	453	136
ANABET ^(M)	Portugalia	Nadolol	propanolic	646	177
ANGIUM ^(M)	Elveția	Bufuralol	propanolic	777	205
APO-PROPRANOLOL ^(M)	Canada	Propranolol	propanolic	969	263
APROBAL ^(M)	Japonia	Alprenolol	propanolic	991	266
APTIN ^(M)	R.F.G.	Alprenolol	propanolic	1001	267
APTINA ^(M)	Turcia	Alprenolol	propanolic	1001	267
APTINE ^(M)	Franța	Alprenolol	propanolic	1001	267
AVLOCARDYL ^(M)	Franța	Propranolol	propanolic	1348	359
BEDRANOL ^(M)	Elveția	Propranolol	propanolic	B 113	388
BELOC ^(M)	R.F.G.	Metaprolol	propanolic	131	391
BERKOLOL ^(M)	Anglia	Propranolol	propanolic	176	399
BETABLOC ^(M)	Franța	Butidrina	metanolic	193	401
BETACARD ^(M)	Austria	Alprenolol	propanolic	195	407
BETACARDONE ^(M)	Anglia	Sotalol	sulfonanelinic	196	407
BETADREN ^(M)	Elveția	Pindolol	propanolic	197	407
BETALOC ^(M)	R.F.G.	Metoprolol	propanolic	199	407
BETANEG ^(M)	Italia	Propranolol	propanolic	202	408
BETADRAN ^(M)	Franța	Bupranolol	propanolic	203	408
BETIM ^(M)	Anglia	Timolol	propanolic	206	409
BETIME ^(M)	Franța	Timolol	propanolic	206	409
BLOCADREN ^(M)	Anglia	Timolol	propanolic	213	411
BLOCANOL ^(M)	Finlanda	Timolol	propanolic	315	432
BUCUBOLOL ^(M)	Japonia	Bucumalol	metilcumarinic	489	471
BUCUMALOL ^(M)	Japonia	Bucumalol	metilcumarinic	489	471
CAFIDE ^(M)	Franța	Butofilolol	butirofenonic	C 18	481
CAPTOL ^(M)	Australia	Oxprenolol	propanolic	76	494
CARDINA ^(M)	Finlanda	Timolol	propanolic	93	497
CARDINOL ^(M)	Australia	Propranolol	propanolic	94	497
CARDIODOL ^(M)	Japonia	Practolol	acetanilidic	95	497
CARDIOL ^(M)	Finlanda	Practolol	acetanilidic	95	497
CARIDIAN ^(M)	Iugoslavia	Mepindolol	propanolic	106	499
CARIDOLOL ^(M)	Japonia	Propranolol	propanolic	107	499
CARISOL ^(M)	Norvegia	Carisoprodol	carbamic	109	499
CARISOMA ^(M)	S.U.A.	Carisoprodol	carbamic	109	499
CARVISKEN ^(M)	Japonia	Pindolol	propanolic	117	500
CELECTOL ^(M)	Austria	Celiprolol	ureic	199	524
CONDUCTON ^(M)	R.F.G.	Carazolol	propanolic	552	606
CORDANUM ^(M)	R.D.G.	Talinolol	ureic	664	635
CORETAL ^(M)	Polonia	Oxprenolol	propanolic	678	636
DALZIC ^(M)	R.F.G.	Practolol	acetanilidic	D 20	680
DECRETEN ^(M)	Elveția	Pindolol	propanolic	79	692
DERALIN ^(M)	Israel	Propranolol	propanolic	223	745
DETENSOL ^(M)	Canada	Propranolol	propanolic	263	755
DIALICOR ^(M)	Grecia	Oxprenolol	propanolic	318	777
DIASECTRAL ^(M)	Danemarca	Acebutolol	isopropilic	328	779
DISORAT ^(M)	Elveția	Metipranolol	isopropilic	453	800

DOBEROL ^(M)	R.F.G.	Toliprolol	isopropilic	506	811
DOCITON ^(M)	Elveția	Propranolol	propanolic	509	812
DORISAN ^(M)	Grecia	Propranolol	propanolic	545	820

• NEUROLEPTICE (NL)

ABESTA ^(M)	Franta	Reserpină	Rauwolfia	A 25	16
ABILIT ^(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	27	16
ACEMIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	86	35
ACETAZIN ^(M)	U.R.S.S.	Acepromazină	fenotiazinic	90	35
ACTAZINE ^(M)	Belgia	Piperacetazină	fenotiazinic	168	49
ADANTOL ^(M)	Brazilia	Isotipendil	fenotiazinic	231	68
ADAZINE ^(M)	S.U.A.	Trifluoperazină	fenotiazinic	238	72
AGOSTINE ^(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	382	108
ALASED ^(M)	Grecia	Haloperidol	butirofenonic	414	116
ALDOL ^(M)	Belgia	Haloperidol	butirofenonic	436	128
ALIMORAL ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	475	142
ALKARAU ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	483	143
ALOPERIDIN ^(M)	Grecia	Haloperidol	butirofenonic	503	145
ALSERIN ^(M)	Canada	Reserpină	Rauwolfia	512	146
AMISAL ^(M)	Franta	Alimemazină	fenotiazinic	600	164
AMPLIACTIL ^(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	635	175
ANADEP ^(M)	N. Zeelandă	Clorpromazină	fenotiazinic	649	177
ANAPREL ^(M)	Franta	Rescinnamină	Rauwolfia	711	194
ANATENAZINE ^(M)	Japonia	Flufenazină	fenotiazinic	717	195
ANATENSOL ^(M)	Italia	Flufenazină	fenotiazinic	718	195
ANATENSOL D ^(M)	Belgia	Flufenazină	fenotiazinic	719	195
ANATENSOL E ^(M)	Portugalia	Flufenazină	fenotiazinic	720	195
ANCHOLACTIL ^(M)	Grecia	Clorpromazină	fenotiazinic	723	197
ANCHOSTAN ^(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	726	197
ANDANTOL ^(M)	Franta	Isotipendil	fenotiazinic	728	197
ANDANTON ^(M)	Spania	Isotipendil	fenotiazinic	728	197
ANQUIL ^(M)	Anglia	Benperidol	butirofenonic	821	219
ANTIPAR ^(M)	Italia	Dimetazină	fenotiazinic	869	235
ANTISTRESS ^(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	878	240
AOLEPT ^(M)	R.F.G.	Periciazină	fenotiazinic	917	254
APARKAZIN ^(M)	Ungaria	Dietazină	fenotiazinic	923	255
APIRAN ^(M)	Coreea	Proclorperazină	fenotiazinic	949	260
APO-HALOPE- RIDOL ^(M)	Canada	Haloperidol	butirofenonic	958	261
APOLON ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	961	261
APOPLO ^(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	968	263
APORECIN ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	970	263
APOTERIN ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	976	264
ARCUM ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	1015	271
ARISTOFEN ^(M)	Italia	Trifluopromazină	fenotiazinic	1036	279
ASCOSERP ^(M)	Austria	Reserpină	Rauwolfia	1077	293
ASPERSONAL ^(M)	Argentina	Clorpromazină	fenotiazinic	1125	309
ATARACTIL ^(M)	Portugalia	Promazină	fenotiazinic	1151	316
ATARZINE ^(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	1155	316
ATENSION ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	1177	319
ATOSIL ^(M)	R.F.G.	Prometazină	fenotiazinic	1209	332
ATSETOZIN ^(M)	U.R.S.S.	Acepromazină	fenotiazinic	1226	335
AVOMINE ^(M)	Anglia	Prometazină	fenotiazinic	1350	359
AZACON ^(M)	Spania	Protipendil	fenotiazinic	1363	363
AZUREN ^(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	1375	364

BACNIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	B 14	367
BANASIL ^(M)	Anglia	Reserpină	Rauwolfia	46	373
BARNETIL ^(M)	Franța	Sultopridă	benzamidic	71	380
BENALGEN ^(M)	Japonia	Alimemazină	fenotiazinic	137	392
BIOPERIDOLO ^(M)	Italia	Haloperidol	butirofenonic	274	423
BISCASIL ^(M)	Grecia	Clorpromazină	fenotiazinic	291	427
BONAPENE ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	356	450
BROSERPINE ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	473	468
BROTOPON ^(M)	Japonia	Haloperidol	butirofenonic	475	468
BURONIL ^(M)	Belgia	Melperonă	butirofenonic	511	475
BUTAPERAZINA ^(M)	Mexic	Butaperazină	fenotiazinic	516	476
CALMAZINE ^(M)	Australia	Trifluoperazină	fenotiazinic	C 37	486
CALMOTAL ^(M)	Italia	Promazină	fenotiazinic	42	487
CALODAL ^(M)	R.F.G.	Mezoridazină	fenotiazinic	44	487
CANIRAMIN ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	58	491
CARDILAC ^(M)	Grecia	Flufenazină	fenotiazinic	92	497
CARDIOSERPIN ^(M)	Finlanda	Reserpină	Rauwolfia	98	497
CARFENAZINE ^(M)	S.U.A.	Carfenazină	fenotiazinic	104	499
CARTRIC ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	115	500
CASANTIN ^(M)	R.F.G.	Dietazină	fenotiazinic	120	500
CENILENE ^(M)	Portugalia	Flufenazină	fenotiazinic	207	526
CENTRACTIL ^(M)	R.F.G.	Promazină	fenotiazinic	217	527
CENTRACTYL ^(M)	Suedia	Promazină	fenotiazinic	217	527
CEPHALMIN ^(M)	Japonia	Tiopropazină	fenotiazinic	228	531
CEREVIN ^(M)	Finlanda	Flufenazină	fenotiazinic	252	534
CHAMPIONYL ^(M)	Italia	Sulpiridă	benzamidic	261	535
CHEMFLURAZINE ^(M)	Canada	Trifluoperazină	fenotiazinic	278	538
CHLEMAZIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	308	544
CHLOMAZIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	308	544
CHLORACTIL ^(M)	Anglia	Clorpromazină	fenotiazinic	310	544
CHLORAZIN ^(M)	Elveția	Clorpromazină	fenotiazinic	310	544
CHLOROPERNAZINUM ^(M)	Polonia	Proclorperazină	fenotiazinic	315	545
CHLORPROMADOS ^(M)	R.F.G.	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPROMANYL ^(M)	Canada	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPROMAZIN ^(M)	Iugoslavia	Clorpromazină	fenotiazinic	318	545
CHLORPROMEZ-ETS ^(M)	Canada	Clorpromazină	fenotiazinic	320	545
CHLORPROTHIXEN ^(M)	Cehoslovacia	Clorprotixen	tioxantenic	321	545
CHLOR-PZ ^(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	323	546
CHLORZINE ^(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	325	546
CHLOTHIXEN ^(M)	Japonia	Clorprotixeră	tioxantenic	326	546
CIANATIL ^(M)	Franța	Giamemazină	fenotiazinic	331	547
CIATYL ^(M)	R.F.G.	Clopentixol	tioxantenic	334	547
CINNALOID ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	354	549
CINNASIL ^(M)	S.U.A.	Rescinnamină	Rauwolfia	354	549
CISORDINOL ^(M)	Olanda	Clopentixol	tioxantenic	362	550
CISORDINOL					
DÉPÔT ^(M)	R.F.G.	Clopentixol decanoate	tioxantenic	363	550
CLEBORIL ^(M)	Spania	Clebopridă	benzamidic	393	562

CLINAZINE ^(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	408	564
CLOPIBEN ^(M)	Cehoslovacia	Clorotiapină	dibenzotiepinic	434	568
CLORDELAZIN ^(M)	România	Clorpromazină	fenotiazinic	438	568
CLOROPRAZIN ^(M)	Austria	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLOROPRO- MACIN ^(M)	Mexic	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLORPROMA- ZINA ^(M)	Spania	Clorpromazină	fenotiazinic	441	570
CLOXAN ^(M)	Finlanda	Clorprotixenă	tioxantenic	450	571
COLSTAMIN ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	492	581
COMPAZINE ^(M)	S.U.A.	Proclorperazină	fenotiazinic	504	584
CONCILIUM ^(M)	Argentina	Benperidol	butirofenonic	539	602
CONSILIUM ^(M)	Belgia	Bromperidol	butirofenonic	582	613
CONTOMIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	611	624
COOLSPAN ^(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	644	632
COPEXENS ^(M)	S.U.A.	Alimemazină	fenotiazinic	649	634
COPORMIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	650	634
CORMITON ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	679	636
CO-SULPIR ^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	696	641
CRASIN ^(M)	Coreea	Alimemazină	fenotiazinic	713	645
CROMEDAZINE ^(M)	S.U.A.	Clorpromazină	fenotiazinic	755	660
CRYSOSERPINE ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	771	664
DAISALOID ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	D 14	679
DANATIRYL ^(M)	Coreea	Sulpiridă	benzamidic	24	681
DAPOTUM ^(M)	Elveția	Flufenazină	fenotiazinic	27	681
DARLETON ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	32	681
DARMATYL ^(M)	Coreea	Sulpiridă	benzamidic	32	681
DARTAL ^(M)	Olanda	Tiopropazat	fenotiazinic	34	682
DARTALAN ^(M)	Anglia	Tiopropazat	fenotiazinic	34	682
DAXOLIN ^(M)	S.U.A.	Loxapină	dibenzoxazepinic	45	685
DECENTAN ^(M)	R.F.G.	Perfenazină	fenotiazinic	71	689
DEHYDROBENZ PERIDOL ^(M)	Turcia	Droperidol	butirofenonic	104	699
DELITON ^(M)	Japonia	Clotiapină	diabenzotiazepinic	144	712
DEPAFEN ^(M)	Finlanda	Proclorperazină	fenotiazinic	185	727
DEPARKIN ^(M)	Cehoslovacia	Dietazin	fenotiazinic	186	727
DEPIXOL ^(M)	Anglia	Flupentixol	tioxantenic	193	730
DESERPA ^(M)	S.U.A.	Reserpină	Rauwolfia	245	751
DESMENAT ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	250	752
DIBUTIL ^(M)	R.F.G.	Profenamină	fenotiazinic	342	782
DICEPLON ^(M)	Japonia	Spiclomazină	fenotiazinic	344	782
DIGTON ^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	363	765
DINEZIN ^(M)	U.R.S.S.	Dietazină	fenotiazinic	376	788
DIPARCOL ^(M)	Anglia	Dietazină	fenotiazinic	386	789
DIPHERGAN ^(M)	Polonia	Prometazină	fenotiazinic	389	789
DIPRAZIN ^(M)	U.R.S.S.	Prometazină	fenotiazinic	394	790
DIPROZIN ^(M)	Anglia	Prometazină	fenotiazinic	394	790
DIQUEL ^(M)	S.U.A.	Etimemazină	fenotiazinic	397	791
DISCIMER ^(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	411	793
DISEPRON ^(M)	Japonia	Spiclomazină	fenotiazinic	419	794
DIXIBON ^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	499	810
DOGMATIL ^(M)	Franta	Sulpiridă	benzamidic	512	812
DOIMAZIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	513	813
DOMINAL ^(M)	Franta	Protipendil	fenotiazinic	525	815
DOMINIL ^(M)	R.F.G.	Protipendil	fenotiazinic	529	815
DÖREVANE ^(M)	Belgia	Propiomazină	fenotiazinic	542	819
DORME ^(M)	S.U.A.	Prometazină	fenotiazinic	550	820
DRESSENT ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	575	826

DRIDOL^(M)	Suedia	Droperidol	butirofenonic	576	826
DROLEPTAN^(M)	Anglia	Droperidol	butirofenonic	579	826
DROMINETAS^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	580	826
DYMOPERAZINE^(M)	Canada	Trifluoperaziră	fenotiazinic	622	839

IZOLEPTICE (LI)

CANCOLIT^(M)	Anglia	Litium Carbonat		C 49	487
CARBOLITH^(M)	Canada	Litium Carbonat		89	496
CARBOLITHIUM^(M)	Italia	Litium Carbonat		89	496
CARBOLITHUM^(M)	Brazilia	Litium Carbonat		89	496
CIBALITH-S^(M)	S.U.A.	Litium Citrat		335	547

DEMALIT^(M) Finlanda

Litium Citrat

D 149

713

PSIHOSTIMULENTE (PS)

ABULEMPAX^(M)	Brazilia	Amfepramonă	feniletilaminat	A 55	26
ACINO^(M)	Argentina	Fenfluramină	feniletilaminat	112	43
ACTEBRAL^(M)	Franta	Ciprodenată	dimetilaminoetanol	169	49
ACTEMIN^(M)	Argentina	Amfetamină	feniletilaminat	170	49
ACTIVAR^{(M)1}	Coreea	Penolină	oxazolinic	180	53
ACUTARAN^{(M)2}	S.U.A.	Amfecloral	feniletilaminat	224	67
ADEGADANA^(M)	Columbia	Fentermină	feniletilaminat	242	73
ADIPAN^(M)	Elveția	Amfepramonă	feniletilaminat	263	77
ADIPEX^(M)	S.U.A.	Fentermină	feniletilaminat	264	77
ADIPO^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	265	77
ADIPOMIN^(M)	Elveția	Fenfluramină	feniletilaminat	266	77
ADIPOSETTEN^(M)	R.F.G.	Catiră	feniletilaminat	267	78
ADIPYNN^(M)	Elveția	Amfepramonă	feniletilaminat	271	78
AD-NIL^(M)	Italia	Levamefetamină	feniletilaminat	275	79
ADPHEN^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	284	83
ADRIZINE^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminic	290	85
A FATIN^(M)	Spania	Dexamfetamină	feniletilaminic	309	87
A FILLAN^(M)	Anglia	Mazindol	indolic	339	98
AKTEDRON^(M)	Ungaria	Amfetamină	feniletilaminat	409	116
ALIPID^(M)	Argentina	Amfepramonă	feniletilaminat	479	143
ALTIMINA^(M)	Portugalia	Fencamină	feniletilaminat	520	147
AM-DEX^(M)	Italia	Dexamfetamină	feniletilaminat	558	156
AMEDRINE^(M)	Brazilia	Metamfetamină	feniletilaminat	572	159
AMFETASUL^(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminat	603	165
AMITREN^(M)	Belgia	Amfetamină	feniletilaminat	624	172
AMORPHAN^(M)	R.F.G.	Catiră	feniletilaminic	631	174
AMPHAETEX^(M)	Elveția	Dexamfetamină	feniletilaminat	631	174
AMPHETEX^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	631	174
AMPHASUM^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	632	174
AMPHATE^(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminic	633	175
AMPHEDRINE^(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminic	633	175
AMPHEDROXYN^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminic	634	175
AMSUSTAIN^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminic	640	176
AMTRAN^(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminic	642	176
AN^(M)	S.U.A.	Amfecloral	feniletilaminic	645	177
ANARA^(M)	R.F.G.	Amfetamină	feniletilaminic	713	194
ANEROXINA^(M)	Ungaria	Amfetamină	feniletilaminic	749	201
ANEROXINA^(M)	Mexic	Fentermină	feniletilaminic	749	201
ANEFAMON^(M)	S.U.A.	Metenorex	feniletilaminic	758	203
ANOFAMON^(M)	R.F.G.	Amfepramonă	feniletilaminic	759	203
ANOREX^(M)	Franta	Fenmetrazină	feniletilaminic	805	212
ANOREXINE^(M)	Canada	Amfepramonă	feniletilaminic	810	215

ANOXINE^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	817	218
ANAPENTAN^(M)	Austria	Fendimetrazină	morfolinic	841	220
ANTEPAN^(M)	Portugalia	Fendimetrazină	morfolinic	843	221
ANTIMERAN^(M)	Japonia	Pemolină	oxazolinic	863	235
ANTIOMBES R^(M)	Spania	Fenproporex	feniletilaminic	868	235
APEDINE^(M)	Austria	Fenmetrazină	feniletilaminic	933	258
APIQUEL^(M)	S.U.A.	Aminorex	oxazolinic	948	260
APONEURON^(M)	R.D.G.	Amfetamină	feniletilaminic	964	262
APPETITZÜGLER^(M)	Elveția	Fenproporex	feniletilaminic	979	264
APSEDON^(M)	Spania	Clorfentermină	feniletilaminic	995	266
ARCALION^(M)	Franța	Sulbutiamină	aminic	1011	271
ARCOTROL^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	morfolinic	1014	271
ARTENSOL^(M)	Columbia	Propranolol	propanolic	1054	287
ASENLIX^(M)	Mexic	Clobenzorex	feniletilaminic	1083	294
ATROL^(M)	Anglia	Deanol	dimetilaminoetanol	1223	334
ATTENTYL^(M)	Italia	Fipexidă	piperazinic	1227	335
AUDES^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	1228	335
AVICOL^(M)	R.F.G.	Clorfentermină	feniletilaminic	1345	358
AVIPRON^(M)	Polonia	Clorfentermină	feniletilaminic	1345	358
AZOXODON^(M)	U.R.S.S.	Pemolină	oxazolinic	1374	364
BACARATE^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	B 11	367
BAR-DEX^(M)	Franța	Dexamfetamină	fenetilaminic	56	378
BELLAPRONT^(M)	Argentina	Fentermină	feniletilaminic	128	390
BELLOFORM^(M)	Elveția	Catină	feniletilaminic	130	390
BENSEDREX^(M)	Canada	Propilhexedrină	difeniletilaminat	153	394
BENZEDRINE^(M)	Canada	Amfetamină	feniletilaminic	161	395
BETANAMIN^(M)	Japonia	Pemolină	feniletilaminic	201	408
BIMANOL^(M)	Polonia	Deanol	dimetilaminoetanol	238	415
BOF^(M)	S.U.A.	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	339	441
BONTID^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	fenetilaminic	372	453
BRONTIL^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	fenetilaminic	374	453
BRONUMIN^(M)	Finlanda	Amfepramină	feniletilaminic	375	453
BOXOGETTEN^(M)	R.F.G.	Catină	fenetilaminic	396	458
BRAININE^(M)	Argentina	Deanol	dimetilaminoetanol	429	462
BRASSEL^(M)	Italia	Citicolină	colinic	431	463
BRENDALIT^(M)	Argentina	Amfepramonă	feniletilaminic	438	463
CAPTAGON^(M)	Belgia	Fenetilină	feofilinic	C 72	493
CAROPAN^(M)	Japonia	Pipadrol	metanolic	111	499
CATOVIT^(M)	Finlanda	Prolintană	pirolidinic	162	512
CDP-CHOLINE^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	180	519
CÉGRAMINE^(M)	Portugalia	Amfepramonă	proprioferonic	198	524
CENTRAMIN^(M)	Japonia	Pemolină	oxazolinic	218	527
CENTROFON^(M)	Austria	Pirovaleronă	fenonic	224	528
CEREB^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	233	532
CEREBROL^(M)	Franța	Malamină	dimetilaminoetanolic	240	533
CEREGUT^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	248	534
CERVOXAN^(M)	Belgia	Deanol	dimetilaminoetanolic	257	535
CHLOROPHEN^(M)	S.U.A.	Clorfentermină	feniletilaminic	316	545
CIDIFOS^(M)	Italia	Citicolină	colinic	349	549
CIDILIN^(M)	Italia	Citicolină	colinic	349	549
CIPRODENE^(M)	Portugalia	Ciprodenat	dimetilaminoetanolic	355	549
CLÉOFIL^(M)	Franța	Difemetorex	feniletilaminat	394	562
CLÉRÉGIL^(M)	Elveția	Deanol	dimetilaminoetanol	400	562
COLITE^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	490	580
CORENALIN^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	674	636

CRADAX^(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminat	704	643
CURBAN^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	798	673
CYDRILL^(M)	S.U.A.	Levamisfetamină	feniletilaminat	806	676
CYLERT^(M)	Anglia	Permolină	oxazolonic	808	676
CYSCHOLIN^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	815	677
DADEX^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	D 12	679
DAEFA^(M)	Mexic	Fendimetrazină	fenilmorfolinic	13	679
DANDJ^(M)	Brazilia	Fenproporex	feniletilaminat	25	681
DARDANIN^(M)	Brazilia	Deanol	dimetilaminoetanolic	30	681
DARO^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	33	681
DASTEN^(M)	Brazilia	Mazindol	clorfenilizoindolic	41	683
DEANER^(M)	S.U.A.	Deanol	dimetilaminoetanolic	48	685
DECA-PROPION^(M)	Canada	Amfetamină	feniletilaminat	68	689
DEE^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	fenetilaminat	84	694
DEGADIL A.P.^(M)	Costa Rica	Fenproporex	feniletilaminat	94	697
DELGAFEN^(M)	Mexic	Fenproporex	feniletilaminat	123	701
DELATAMINE^(M)	Franța	Permolină	feniletilaminat	147	713
DEOFED^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	183	726
DEPHADREN^(M)	S.U.A.	Dexamfetamină	feniletilaminat	191	729
DERFON^(M)	Franța	Amfetamină	feniletilaminat	230	746
DESOBES^(M)	Brazilia	Fenproporex	feniletilaminat	251	752
DESOPIOMON^(M)	Ungaria	Clorfenfermină	feniletilaminat	253	753
DESOXO^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	254	753
DESYPHED^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	259	754
DETARIL^(M)	Italia	Ripradrol	metanolic	261	754
DETIPRON^(M)	Mexic	Amfepramonă	feniletilaminat	270	757
DETREX^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	metilaminic	273	758
DEXAMED^(M)	Anglia	Dexamfetamină	feniletilaminat	285	761
DEXOVAL^(M)	S.U.A.	Metamfetamină	feniletilaminat	288	763
DIANOL^(M)	Italia	Deanol	dimetilaminoetanolic	324	779
DICEL^(M)	Spania	Fenproporex	feniletilaminat	343	782
DIDREX^(M)	Anglia	Benzfetamină	feniletilaminat	348	782
DIETAMINE^(M)	Norvegia	Amfepramonă	feniletilaminat	352	783
DIFORÈNE^(M)	S.U.A.	Amfetamină	feniletilaminat	353	784
DIFOSFOCIN^(M)	Franța	Deanol	feniletilaminat	360	785
DIKICON^(M)	Italia	Citicolină	colinic	361	785
DIMAFEN^(M)	Spania	Citicolină	colinic	365	785
DIMENOL^(M)	Italia	Fenfluramină	feniletilaminat	368	786
DINIINTEL^(M)	Japonia	Deanol	dimetilaminoetanolic	369	786
DIOCURB^(M)	S.U.A.	Clobenzorex	feniletilaminat	377	788
DOBESIN^(M)	Suedia	Dexamfetamină	feniletilaminat	380	789
DORACIL^(M)	Argentina	Amfetamină	feniletilaminat	507	812
DOXYFED^(M)	S.U.A.	Mefenorex	feniletilaminat	540	819
DRENRU^(M)	Portugalia	Metamfetamină	feniletilaminat	565	822
DRINALFA^(M)	S.U.A.	Fenproporex	feniletilaminat	574	826
DUALID^(M)	Brazilia	Metamfetamină	feniletilaminat	577	826
DUROMINE^(M)	Anglia	Amfepramonă	feniletilaminat	591	828
		Fentermină	feniletilaminat	620	839
ACALAMID^(M)	Brazilia	Fenaglicodol	propandiolic	A 59	27
ACALO^(M)	S.U.A.	Fenaglicodol	propandiolic	62	29
ACTIPHAN^(M)	Japonia	Fenprobamat	carbarnatic	175	51
ACTOZINE^(M)	Canada	Benactizină	difenilmetanic	195	56
ACTYL^(M)	Japonia	Ectiluree	ureic	197	57

TRANCHILIZANTE (TRC)

ACALAMID^(M)	Brazilia	Fenaglicodol	propandiolic	A 59	27
ACALO^(M)	S.U.A.	Fenaglicodol	propandiolic	62	29
ACTIPHAN^(M)	Japonia	Fenprobamat	carbarnatic	175	51
ACTOZINE^(M)	Canada	Benactizină	difenilmetanic	195	56
ACTYL^(M)	Japonia	Ectiluree	ureic	197	57

ADUMBRAN^(M)	R. F. G.	Oxazepam	297
AKITAN^(M)	Finlandia	Benzatropinā	408
ALAMON^(M)	Japonia	Hidroxizin	412
ALBEGO^(M)	Belgia	Camazepam	416
ALBORAL^(M)	Mexic	Diazepam	417
ALINAM^(M)	Franța	Clormezanonā	476
ALISEUM^(M)	Italia	Diazepam	480
ALLOTROPAL^(M)	R. F. G.	Metilpentinol	488
AMEPROMAT^(M)	Austria	Meprobamat	567
AMICIL^(M)	U. R. S. S.	Benactizinā	577
AMIPROL N^(M)	Argentina	Diazepam	598
AMITACON^(M)	Ungaria	Benactizinā	601
AMIZIL^(M)	U. R. S. S.	Benactizinā	608
AMOSENE^(M)	S. U. A.	Meprobamat	626
AMOTRIL^(M)	Grecia	Camazepam	628
AMPROMAT^(M)	Austria	Meprobamat	638
ANCHONAT^(M)	Grecia	Oxazepam	725
ANCOLAN^(M)	Anglia	Meclozinā	727
ANCOLAXIN^(M)	Anglia	Meclozinā	727
ANDAXIN^(M)	Ungaria	Meprobamat	729
ANEURAL^(M)	R. F. G.	Meprobamat	755
ANGULAR^(M)	Argentina	Meprobamat	783
ANIDOL^(M)	Coreea	Carisoprodol	788
ANKSIYOLIN^(M)	Turcia	Diazepam	796
ANSEYRON^(M)	Japonia	Fenprobamat	822
ANSIACAL^(M)	Italia	Clordiazepoxid	823
ANSIETAN^(M)	Italia	Meprobamat	824
ANSILAN^(M)	Iugoslavia	Medazepam	825
ANSILOR^(M)	Portugalia	Diazepam	826
ANSIOLISINA^(M)	Italia	Diazepam	828
ANSIOTEX^(M)	Brazilia	Lorazepam	831
ANSIOWAS^(M)	Spania	Meprobamat	832
ANSIUS^(M)	Portugalia	Medazepam	834
ANTIN^(M)	R. F. G.	Fenitiloxamina	865
ANTIVERT^(M)	S. U. A.	Meclozinā	879
ANTORON^(M)	Coreea	Meclozinā	885
ANUAR^(M)	Venezuela	Clordiazepoxid	901
ANXIOLETAS^(M)	Spania	Meprobamat	908
ANXIOLIT^(M)	Elveția	Oxazepam	909
ANXITOL^(M)	Danemarca	Medazepam	913
ANXIUM^(M)	Canada	Diazepam	914
ANXON^(M)	Anglia	Ketazolam	915
ANXEPAM^(M)	Portugalia	Diazepam	916
APACIL^(M)	Mexic	Meprobamat	918
APAUURIN^(M)	Iugoslavia	Diazepam	925
APESAN^(M)	Olanda	Carisoprodol	941
APLACASSE^(M)	Argentina	Lorazepam	950
APLAKIL^(M)	Spania	Oxazepam	951
APODORM^(M)	Suedia	Nitrazepam	957
APOLLONSET^(M)	Grecia	Diazepam	960
APO-OXAZEPAM^(M)	Canada	Oxazepam	965
A-POXIDE^(M)	S. U. A.	Clordiazepoxid	977
APAZEPAM^(M)	Suedia	Diazepam	978
ARCADIN^(M)	Anglia	Benactizinā	1010
ARCANAX^(M)	Austria	Hidroxizin	1012
AREM^(M)	Anglia	Nitrazepam	1017
ARIPAX^(M)	Grecia	Lorazepam	1035
		benzodiazepinic	297
		difenilmetanic	408
		difenilmetanic	412
		benzodiazepinic	416
		benzodiazepinic	417
		metiltiazinic	476
		benzodiazepinic	480
		alkenic	488
		propandiolic	567
		difenilmetanic	577
		benzodiazepinic	598
		difenilmetanic	601
		difenilmetanic	608
		propandiolic	626
		benzodiazepinic	628
		propandiolic	638
		benzodiazepinic	725
		difenilmetanic	727
		difenilmetanic	727
		propandiolic	729
		propandiolic	755
		propandiolic	783
		propandiolic	788
		benzodiazepinic	796
		carbamic	822
		benzodiazepinic	823
		propandiolic	824
		benzodiazepinic	825
		benzodiazepinic	826
		benzodiazepinic	828
		benzodiazepinic	831
		propandiolic	832
		benzodiazepinic	834
		difenilmetanic	865
		difenilmetanic	879
		difenilmetanic	885
		benzodiazepinic	901
		propandiolic	908
		benzodiazepinic	909
		benzodiazepinic	913
		benzodiazepinic	914
		benzodiazepinic	915
		benzodiazepinic	916
		propandiolic	918
		propandiolic	925
		benzodiazepinic	929
		propandiolic	941
		benzodiazepinic	950
		benzodiazepinic	951
		benzodiazepinic	957
		benzodiazepinic	960
		benzodiazepinic	965
		benzodiazepinic	977
		benzodiazepinic	978
		difenilmetanic	1010
		difenilmetanic	1012
		benzodiazepinic	1017
		benzodiazepinic	1035

ARMONIL ^(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	1043	281
ARTIFAR ^(M)	Grecia	Carisoprodol	propandiolic	1059	290
ARTOLON ^(M)	Olanda	Meprobamat	propandiolic	1064	291
ARVYNOL ^(M)	Anglia	Etclorvinol	alkenic	1067	292
ASSIVAL ^(M)	Israel	Diazepam	benzodiazepinic	1127	311
ASTYN ^(M)	Japonia	Ectiluree	ureic	1145	315
ATADIOL ^(M)	Italia	Fenaglicodol	propandiolic	1150	316
ATARAX ^(M)	Franta	Hidroxyzin	difenilmetanic	1152	316
ATARVITON ^(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	1154	316
ATAZINA ^(M)	Italia	Hidroxyzin	difenilmetanic	1167	317
ATEMORIN ^(M)	S.U.A.	Metilpentinol	alkenic	1172	318
ATEMPOL ^(M)	Anglia	Metilpentinol	alkenic	1173	318
ATENSINE ^(M)	Anglia	Diazepam	benzodiazepinic	1176	319
ATERAX ^(M)	Africa de Sud	Hidroxyzin	difenilmetanic	1183	322
ATILEN ^(M)	Cehoslovacia	Diazepam	benzodiazepinic	1189	324
ATIVAN ^(M)	U.R.S.S.	Lorazepam	benzodiazepinic	1198	327
ATONALYT ^(M)	Austria	Carisoprodol	propandiolic	1205	331
ATRAXIN ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	1212	332
AUDIUM ^(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	1238	337
AVAZEN ^(M)	Ecuador	Diazepam	benzodiazepinic	1336	356
AVEX ^(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	1342	357
AVOSYL ^(M)	S.U.A.	Mefenesinã	glicerolic	1352	360
AYERAMATE ^(M)	Spania	Meprobamat	propandiolic	1360	363
AZEPAMID ^(M)	Mexic	Medazepam	benzodiazepinic	1369	364
AZEPYL ^(M)	Mexic	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1370	364
BALACON ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	B 22	368
BALANCE ^(M)	Japonia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	24	368
BALMINIL ^(M)	Canada	Guaifenesinã	glicerolic	39	372
BAMATE ^(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	42	372
BAMO ^(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	42	372
BANABIN ^(M)	Japonia	Clormezanonã	tiazinic	44	372
BELSEREN ^(M)	Belgia	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	134	391
BENZOIL ^(M)	Japonia	Flurazepam	benzodiazepinic	149	394
BENSEDIN ^(M)	Iugoslavia	Diazepam	benzodiazepinic	152	394
BENSON ^(M)	Italia	Medazepam	benzodiazepinic	154	394
BENT ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	156	394
BENZALIN ^(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	159	395
BENZODIAPIN ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	162	395
BENZOTRAN ^(M)	Australia	Oxazepam	benzodiazepinic	164	397
BEST ^(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	188	400
BETAVEL ^(M)	Spania	Cloxazolam	benzodiazepinic	205	409
BIALZEPAM ^(M)	Portugalia	Diazepam	benzodiazepinic	212	411
BINOMIL ^(M)	Spania	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	248	417
BIOBAMAT ^(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	253	418
BIO-FLEX ^(M)	S.U.A.	Orfenadrinã	difenilmetanic	265	421
BLOMSILAN ^(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	230	433
BOBSULE ^(M)	Japonia	Hidroxyzin	difenilmetanic	336	440
BOHMIN ^(M)	Japonia	Meclozinã	difenilmetanic	344	441
BONADETTES ^(M)	S.U.A.	Meclozinã	difenilmetanic	354	450
BONADOXIN ^(M)	Japonia	Meclozinã	difenilmetanic	354	450
BONAMINE ^(M)	Japonia	Meclozinã	difenilmetanic	354	450
BONARE ^(M)	Mexic	Oxazepam	benzodiazepinic	357	450
BONINE ^(M)	S.U.A.	Meclozinã	difenilmetanic	361	451
BONSTAN ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	371	451

BONTON ^(M)	Israel	Lorazepam	373	benzodiazepinic	481
BORTALIUM ^(M)	Grecia	Diazepam	383	benzodiazepinic	486
BREONESIN ^(M)	S.U.A.	Guafenesin	440	glicerolic	486
BIRGEN-G ^(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	446	benzodiazepinic	487
BRISTAMIN E ^(M)	Anglia	Feniltoloxamină	455	difenilmetanic	487
BRITAZEPAM ^(M)	Mexic	Feniltoloxamină	455	difenilmetanic	487
BROCADISIPAL ^(M)	Danemarca	Diazepam	456	benzodiazepinic	490
BROCASIPAL ^(M)	Suedia	Orfenadrină	460	difenilmetanic	493
		Orfenadrină	460	difenilmetanic	496
CAFRON ^(M)	Anglia	Benactiziră	C 20	difenilmetanic	500
CALMAX ^(M)	Portugalia	Meprobamat	36	propandiolic	501
CALMODEN ^(M)	Anglia	Clordiazepoxid	40	benzodiazepinic	519
CALMONAL ^(M)	R.F.G.	Mecloziră	41	difenilmetanic	519
CALMOVITA ^(M)	Brazilia	Diazepam	43	benzodiazepinic	526
CALMPOSE ^(M)	India	Diazepam	44	benzodiazepinic	527
CALSMIN ^(M)	Japonia	Nitrazepam	47	benzodiazepinic	534
CANAZEPAM ^(M)	Canada	Diazepam	55	benzodiazepinic	534
CAPRODAT ^(M)	Suedia	Carisoprodol	71	propandiolic	535
CARBADIN ^(M)	Mexic	Metocarbamol	82	glicerolic	538
CARB-A-MED ^(M)	Austria	Meprobamat	85	propandiolic	538
CARBAMETIN ^(M)	Japonia	Metocarbamol	86	glicerolic	544
CARBAXIN ^(M)	Japonia	Meprobamat	87	propandiolic	544
CARXIN ^(M)	Japonia	Metocarbamol	87	propandiolic	544
CASTILIUM ^(M)	Portugalia	Clobazam	118	glicerolic	544
CDPI ^(M)	Anglia	Clordiazepoxid	123	benzodiazepinic	544
CEBRUM ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	179	benzodiazepinic	544
CEDAD ^(M)	Italia	Benactiziră	182	benzodiazepinic	544
CENTALUN ^(M)	R.F.G.	Centalun	188	difenilmetanic	544
CENTRAC ^(M)	Grecia	Prazepam	212	propandiolic	544
CENTRAX ^(M)	Anglia	Prazepam	216	benzodiazepinic	544
CERCIN ^(M)	Japonia	Diazepam	220	benzodiazepinic	544
CEREGULARD ^(M)	Japonia	Diazepam	231	benzodiazepinic	544
CEREPAX ^(M)	Japonia	Diazepam	247	benzodiazepinic	544
CEVANOL ^(M)	Argentina	Temazepam	250	benzodiazepinic	544
CHEMDIPOXIDE ^(M)	Lugoslavia	Nitrazepam	255	benzodiazepinic	544
CHEMODIAZINE ^(M)	Anglia	Benactiziră	259	difenilmetanic	544
CHCLIDA ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	277	benzodiazepinic	544
CHLAMEDINON ^(M)	Grecia	Oxazepam	279	benzodiazepinic	544
CHLORDIAZACHEL ^(M)	Spania	Mecloziră	288	difenilmetanic	544
CHLORMEZANON ^(M)	Japonia	Clormezanonă	309	metiltiazinic	544
CHLORTRAN ^(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	312	benzodiazepinic	544
CIRCE ^(M)	Bulgaria	Clormezanonă	314	metiltiazinic	546
	Anglia	Clordiazepoxid	325	benzodiazepinic	549
CIPRONYL ^(M)	Venezuela	Clordiazepoxid	356	benzodiazepinic	550
CITODORM ^(M)	R.F.G.	Meprobamat	360	propandiolic	551
CLARMYL ^(M)	Anglia	Metilpentinol	369	alchenic	555
CLOMIAZIN ^(M)	Spania	Clobazam	379	benzodiazepinic	567
CLONEX ^(M)	Elveția	Clometiazol	425	tiaminic	567
CLONOPIN ^(M)	Israel	Clonazepam	429	benzodiazepinic	567
CLOPAX ^(M)	S.U.A.	Clonazepam	429	benzodiazepinic	567
CLORAZEPATO	Spania	Clobazam	431	benzodiazepinic	567
DIPOTASICO ^(M)	Argentina	Dipotassium clorazepat	437	benzodiazepinic	568
CLORIXIN ^(M)	Italia	Hidroxizin	439	difenilmetanic	569
COGENTINE ^(M)	Franta	Benzatropină	476	difenilmetanic	578
COGENTINOL ^(M)	R.F.G.	Benzatropină	476	difenilmetanic	578
COMPENDIUM ^(M)	Italia	Bromazepam	505	benzodiazepinic	584
CONDITION ^(M)	Japonia	Diazepam	547	benzodiazepinic	604

CONFLICTAN ^(M)	Franța	Oxaflozan	morfolinic	561	609
CONSIN-GG ^(M)	S.U.A.	Guafenesin	glicerolic	585	614
CONTAMEX ^(M)	R.F.G.	Ketazolam	benzodiazepinic	605	623
CONTROL ^(M)	Japonia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	610	624
CONTROL ^(M)	Italia	Lorazepam	benzodiazepinic	628	629
CONTROL-OM ^(M)	Elveția	Mefenoxalonă	carbamic	629	629
CONVERTAL ^(M)	Argentina	Oxazolam	benzodiazepinic	636	631
COP ^(M)	Olanda	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	647	633
COPROBATE ^(M)	S.U.A.	Meprobamat	propandiolic	652	634
CORAX ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	662	635
CORTICOSAN ^(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	691	640
COVATIN ^(M)	Anglia	Captodiamă	difenilmetanic	701	643
COVATINE ^(M)	Franța	Captodiamă	difenilmetanic	701	643
COVATIX ^(M)	Anglia	Captodiamă	difenilmetanic	701	643
COVENGAR ^(M)	Argentina	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	702	643
CREOSEDIN ^(M)	Argentina	Bromazepam	benzodiazepinic	721	646
CRONIL ^(M)	Italia	Ectiluree	ureic	763	663
C-TRAN ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	772	664
CUADEL ^(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	773	664
CURARESIN ^(M)	Japonia	Mefenesină	glicerolic	795	672
CYCLOPAM ^(M)	Anglia	Diazepam	benzodiazepinic	805	676
CYLCAIN ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	807	676
CYRPON ^(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	814	677
DABROBAMAT ^(M)	R.F.G.	Meprobamat	propandiolic	D 2	678
DALGOL ^(M)	Ungaria	Metilpentinol	alkenic	15	679
DALMADORM ^(M)	Elveția	Flurazepam	benzodiazepinic	16	679
DALMANE ^(M)	Anglia	Flurazepam	benzodiazepinic	16	679
DALMATE ^(M)	Japonia	Flurazepam	benzodiazepinic	16	675
DAPAZ ^(M)	Portugalia	Meprobamat	propandiolic	26	681
DARKENE ^(M)	Italia	Flunitrazepam	benzodiazepinic	31	681
DASERD ^(M)	Anglia	Mefenesină	glicerolic	40	683
DASEROL ^(M)	Anglia	Mefenesină	glicerolic	40	683
DECACIL PLUS ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	64	688
DECA-POXYDE ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	67	688
DECONTRACTYL ^(M)	Franța	Mefenesină	glicerolic	77	692
DELAXIN ^(M)	S.U.A.	Metocarbamol	glicerolic	121	701
DEMADAR ^(M)	Portugalia	Nordazepam	benzodiazepinic	148	713
DEMETRIN ^(M)	Spania	Prazepam	benzodiazepinic	161	722
DEMO-CINEOL ^(M)	Canada	Guafenesin	glicerolic	164	723
DEPAS ^(M)	Japonia	Etizolam	benzodiazepinic	188	727
DEPOCALM ^(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	196	731
DEPTRAN ^(M)	Belgia	Bromazepam	benzodiazepinic	222	745
DIACEPLEX ^(M)	Spania	Diazepam	benzodiazepinic	310	772
DIADRIL ^(M)	Iugoslavia	Meclozină	difenilmetanic	312	772
DIALAG ^(M)	Elveția	Diazepam	benzodiazepinic	316	776
DIAM ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	321	778
DIAPAM ^(M)	Turcia	Diazepam	benzodiazepinic	325	779
DIAPAX ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	327	779
DIATRAN ^(M)	Anglia	Diazepam	benzodiazepinic	330	779
DIAZACHEL ^(M)	S.U.A.	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	332	779
DIAZEBRUM ^(M)	Franța	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	333	779
DIAZEPAM ^(M)	România	Diazepam	benzodiazepinic	334	779
DIAZEPINA ^(M)	Argentina	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	335	781
DIAZIL ^(M)	U.R.S.S.	Benactizină	difenilmetan	338	781
DIAZUM ^(M)	Venezuela	Diazepam	benzodiazepinic	339	781

DIENPAX ^(M)	Belgia	Diazepam	benzodiazepinic	350	783
DIEPIN ^(M)	Belgia	Medazepam	benzodiazepinic	351	783
DILYN ^(M)	S. U. A.	Guaifenesin	glicerolic	367	786
DIOLENE ^(M)	Italia	Carisoprodol	propandiolic	382	789
DILOXAL ^(M)	S. U. A.	Mefenesin	glicerolic	383	789
DIPAM ^(M)	Iugoslavia	Diazepam	benzodiazepinic	385	789
DIPAZ ^(M)	Ecuador	Diazepam	benzodiazepinic	387	789
DISARIM ^(M)	Portugalia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	401	791
DISIPAL ^(M)	Franta	Orfenadrinã	difenilmetanic	404	796
DISPRANOL ^(M)	Italia	Loprodol	propandiotic	470	804
DISTALENE ^(M)	Argentina	Orfenadrinã	difenilmetanic	478	805
DISTENSAN ^(M)	Spania	Clotiazepam	benzodiazepinic	479	805
DISTESOL ^(M)	Italia	Ectiluree	ureic	480	805
DISTONCUR ^(M)	Argentina	Meprobamat	propandiolic	483	806
DISTRANEURIN ^(M)	R. F. G.	Clometiazol	tiaminic	488	807
DIZEPIN ^(M)	Bulgaria	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	505	811
DOMALIUM ^(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	520	814
DOMAR ^(M)	Italia	Pinazepam	benzodiazepinic	522	814
DOMNAMID ^(M)	Danemarca	Estazolam	benzodiazepinic	530	815
DONAPAX ^(M)	Mexic	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	531	815
DONIX ^(M)	Spania	Lorazepam	benzodiazepinic	533	815
DORM ^(M)	Grecia	Lorazepam	benzodiazepinic	548	820
DORMABROL ^(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	549	820
DORMICUM ^(M)	Austria	Nitrazepam	benzodiazepinic	551	820
DORMIGEN ^(M)	Spania	Flurazepam	benzodiazepinic	552	820
DORMIPHEN ^(M)	S. U. A.	Metilpentinol	alkenic	554	821
DORMODOR ^(M)	Spania	Flurazepam	benzodiazepinic	555	821
DORSIFLEX ^(M)	Elvetia	Mefenoxalonã	carbamic	557	821
DOVAL ^(M)	Anglia	Diazepam	benzodiazepinic	561	821
DOXAL ^(M)	Finlanda	Doxepinã	dibenzoxepinic	563	821
DOXECAN ^(M)	Coreea	Doxepinã	dibenzoxepinic	563	821
DOXEPIN ^(M)	România	Doxepinã	dibenzoxepinic	564	821
DRENIAN ^(M)	Spania	Diazepam	benzodiazepinic	573	825
DROXACEPAM ^(M)	Spania	Oxazepam	benzodiazepinic	586	827
DROXOL ^(M)	Argentina	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	587	828
D-TRAN ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	589	828
DUCENE ^(M)	Austria	Diazepam	benzodiazepinic	602	832
DUKSEN ^(M)	Ungaria	Diazepam	benzodiazepinic	604	832
DUMOLID ^(M)	Elvetia	Nitrazepam	benzodiazepinic	607	833
DUNA ^(M)	Spania	Pinazepam	benzodiazepinic	609	833
DYSTOID ^(M)	R. F. G.	Meprobamat	propandiolic	624	839

MEDICAMENŢE COMBIMATE^(MC)

ADEPRESSINA ^(MC)	Italia	Imipramina + Deanol + Piridoxina	A 19	75
ADEPSIQUE ^(MC)	Mexic	Amitriptilina + Diazepam + Perfenazina	252	75
ADIFUGE ^(MC)	Elvetia	Amfetamina + Atropina	260	77
ADISTOP C ^(MC)	Elvetia	Catina + Cafeina	272	78
AGETRAJ ^(MC)	Brazilia	Meprobamat + Reserpina + Papaverina	365	103
AGYRAX ^(MC)	Franta	Hidroxizin + Mecloczina + Bufenina	395	114
ALTIPAX ^(MC)	Spania	Fencamina + Oxazepam + Piridoxina	521	147
AMFESERPIN ^(MC)	Turcia	Reserpina + Metamfetamina	570	158
AMLIT ^(MC)	Italia	Amitriptilina + Litiu Carbonic	581	160

AMIPERM ^(MC)	S.U.A.	Amitriptilina + Flufenazina	595	164
AMRIL ^(MC)	S.U.A.	Reserpina + Meprobamat + Mefenesin	639	176
ANAGRAX ^(MC)	Argentina	Fenfluramina + Dipotassium Clorazepat	656	179
ANELUM C ^(MC)	Spania	Amitriptilina + Protriptilina	740	200
ANSIOLIN ^(MC)	Argentina	Amitriptilina + Oxazepam	827	219
ANSIUM ^(MC)	Spania	Sulpirid + Diazepam	833	219
ANTIADIPOSITUM ^(MC)	Elveția	Catina + Cofeina	845	221
AOPERAM ^(MC)	Canada	Amitriptilina + Perfenazina	866	235
AXINTO ^(MC)	R.F.G.	Noxiptilina + Butaperazina	1353	360
BAMADEX ^(MC)	S.U.A.	Dexametamina + Meprobamat	B 41	372
BENPON ^(MC)	R.F.G.	Nortriptilina + Flupentixol	151	394
BIPHETAMINE ^(MC)	Belgia	Amfetamina + Dexametamina	287	427
BLOCARDYL ^(MC)	Argentina	Clordiazepoxid + Propranolol	316	432
BRAINAL ^(MC)	Spania	Piritinol + Deanol	428	462
CAFILON ^(MC)	Franța	Fenmetrazina + Fenbutrazate	C 19	481
CHLORBAMATE ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Hydroxizin	311	544
CLINDORM ^(MC)	R.F.G.	Aceprometazina + Meprobamat	409	564
CLOMIFENSIN ^(MC)	R.F.G.	Nomifensina + Clobazam	426	567
CLOSERPIL ^(MC)	Spania	Clorpromazina + Reserpina	444	570
COFFADYN ^(MC)	Elveția	Dexametamina + Cofeina	469	576
COKTELIN-H ^(MC)	Japonia	Clorpromazina + Prometazina	479	578
COMPENSOL ^(MC)	Mexic	Diazepam + Gabob	508	587
COMPLUTINE AZUL ^(MC)	Spania	Perfenazina + Diazepam	517	592
COMPLUTINE ROJA ^(MC)	Spania	Fenelzina + Diazepam	518	592
CONACID-D ^(MC)	Argentina	Dipotassium Clorazepat + Noxiptilina	534	601
CUAIT-D ^(MC)	Brazilia	Tranilcipromina + Trifluoperazina + Diazepam	774	664
DASTEN PLUS ^(MC)	Brazilia	Mazindol + Diazepam	D 42	683
DEADYN ^(MC)	Elveția	Pemolina + L-Glutamina	47	685
DEANXIT ^(MC)	Spania	Melitracen + Flupentixol	50	685
DEBRUMYL ^(MC)	Franța	Deanol + Heptaminol	60	687
DENUBIL ^(MC)	Spania	Deanol + Heptaminol	182	726
DEPRELIO ^(MC)	Spania	Amitriptilina + Perfenazina	201	731
DEPROL ^(MC)	S.U.A.	Benactizina + Meprobamat	221	745
DESCRAPTIN ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Oxazepam	241	749
DIAPATOL ^(MC)	Italia	Clordiazepoxid + Amitriptilina	326	779
DIAZEPOXIN ^(MC)	Spania	Clordiazepoxid + Nortriptilina	336	781
DIAZEPRI ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Diazepam	337	781
DISTONOCALM ^(MC)	România	Propranolol + Amital sodic + Beladonă	485	806
DOMALIUM COMPUESTO ^(MC)	Spania	Diazepam + Fenitoin	521	814
DOMINANS ^(MC)	Italia	Nortriptilina + Flufenazina	526	815
DOPREN ^(MC)	Grecia	Deanol + Heptaminol	539	819
DORKEN ^(MC)	Spania	Dipotassium Clorazepat + Gabob + Piridoxina	547	820
DU-ORIA ^(MC)	S.U.A.	Metametamina + Reserpina	610	833

PERSONALITĂȚI

ABRAHAM Karl (1877—1925)	— psihiatru/psihanalist german	A 35	17
ADLER Alfred (1870—1937)	— psihiatru / psihanalist austriac	276	79
ALEXANDER Franz (1891—1964)	— psihanalist / psihosomatician german	444	131
ALLENDY René (1899—1942)	— psihiatru / psihanalist francez	487	143
ALLPORT Gordon (1897—1967)	— psiholog american	489	143
ALZHEIMER Alois (1864—1915)	— psihiatru german	528	149
AMIEL Frédéric (1821—1861)	— scriitor elvețian	579	153
ANANIEV Eeris (1916—1972)	— psiholog rus	709	194
ARCHAMBAULT Théophile (1806—1863)	— psihiatru francez	1013	271
ARISTOTEL (383—322 î.e.n.)	— filozof grec	1037	279
ASCHAFFENBURG Gustav (1866—1944)	— psihiatru german	1072	293
AUZCUI Théodore (1819—1879)	— psihiatru francez	1332	355
AVENARIUS Richard (1843—1896)	— filozof elvețian	1337	356
AVICENNA (980—1037)	— medic și filozof	1344	357
AZAM Charles (1822—1899)	— medic francez	1366	363
BABINSKI Joseph Francois (1857—1932)	— neurolog francez	B 3	365
BACON Francis (1561—1626)	— filozof englez	15	367
BAILLARGER Jules François (1809—1890)	— psihiatru francez	17	368
BAIN Alexander (1818—1903)	— filozof și psiholog englez	20	368
BAKER George (1722—1809)	— medic englez	21	368
BALINSKI Ivan Mihailovici (1827—1902)	— psihiatru rus	28	370
BALINT Michael (1896—1970)	— psihiatru englez	30	370
BALL Benjamin (1833—1896)	— psihiatru francez	33	370
BALLET Gilbert Luis (1853—1916)	— neuropsihiatru francez	36	371
BALLIF Leon (1892—1967)	— neuropsihiatru român	37	371
BALLIF-NEGULICI Eugenia (1918—1970)	— psihiatru român	38	372
BARUK Henri (1897)	— psihiatru francez	77	381
BASAGLIA Franco (1924—1980)	— psihiatru italian	80	381
BATTIE William (1703—1776)	— medic englez	90	383
BAYLE Antoine Laurent (1799—1858)	— medic francez	95	384
BEARD Georges Miller (1839—1883)	— psihiatru american	104	387
BEAUNIS Henri Etienne (1830—1921)	— fiziolog francez	107	387
BECHTEREV Vladimir (1857—1927)	— psihiatru rus	110	387
BEDDOES Thomas (1760—1808)	— medic englez	112	388
BELCIUGĂȚEANU Corneliu (1922—1973)	— psihiatru român	120	389
BELHOMME Jacques (1737—1824)	— „timplarul infirmier” (Franta)	122	390
BELHOMME Etienne (1800—1880)	— medic francez	123	390
BENEDIKT Mortiz (1835—1920)	— psihiatru austriac	142	392
BENTHAM Jérémie (1748—1832)	— medic francez	157	395
BERBIGUIER Alexis Charles (1764—1851)	— ... și boala sa	166	397
BERGER Gaston (1894—1960)	— filozof și psiholog francez	168	397
BERGER Hans (1873—1941)	— psihiatru german	169	397
BERGSON Henri (1854—1941)	— filozof francez	173	398
BERKELEY George (1685—1753)	— filozof englez	175	399
BERNARD Claude (1813—1878)	— fiziolog francez	178	399
BERNHEIM Hippolyte Marie (1840—1919)	— medic francez	179	399

BERTALANFFY Ludwig von (1910—1973)	— biolog și filozof austriac	185	400
BILIKIEWICZ Tadeus (1901—1980)	— psihiatru polonez	223	413
BILLAD Ernest (1818—1886)	— psihiatru francez	237	414
BINET Alfred (1857—1911)	— psiholog francez	242	415
BINSWANGER Ludwig (1881—1966)	— psihiatru și filozof german	250	418
BIRNBAUM Karl (1878—1950)	— psihiatru german	290	427
BLACKMORE Richard (1653—1729)	— medic englez	302	429
BLANCHE Esprit Sylvestre (1796—1852)	— psihiatru francez	304	430
BLANCHE Antoine Emile (1820—1892)	— psihiatru francez	305	430
BLEULER Eugen (1857—1939)	— psihiatru elvețian	309	431
BOMBARDA Miguel Augusto (1851—1910)	— psihiatru portughez	353	450
BONAPARTE Marie (1882—1962)	— psihanalist francez	355	450
BONHOEFFER Karl (1868—1948)	— psihiatru german	358	450
BONNET Charles (1720—1783)	— naturalist, medic și filozof elvețian	363	451
BORELLI Gian Alfonso (1608—1697)	— filozof italian	378	456
BORKIS R. Markovna (1902—1984)	— psihiatru rus	379	456
BORNSZTAJN Mavritin (1874—1952)	— psihiatru polonez	380	456
BOTTARD Margueritte (1822—1903)	— infirmieră franceză	388	456
BOURDEL Leone (1907—1966)	— psiholog francez	391	457
BOURNEVILLE Désiré-Magloire (1840—1909)	— neuropsihiatru francez	394	457
BRACHET Jean Louis (1789—1858)	— neuropsihiatru francez	398	458
BRĂESCU Alexandru (1860—1917)	— neuropsihiatru român	417	460
BRAID James (1795—1860)	— medic englez	423	460
BRILLE Louis (1809—1852)	— pedagog francez	425	461
BRÂNZEI Petre (1916—1985)	— psihiatru român	430	462
BREUER Josef (1842—1925)	— medic austriac	441	463
BRIERRE de BOISMONT Alexandre (1797—1881)	— medic francez	445	464
BRIGHAM Amariah (1798—1849)	— psihiatru american	448	464
BRILL Abraham-Arden (1874—1948)	— psihanalist american	449	465
BRIQUET Paul (1796—1881)	— medic francez	450	465
BROCA Paul (1824—1880)	— anatomist și chirurg german	459	466
BRODMANN Korbinian (1868—1918)	— anatomist și psihiatru german	462	466
BROUSSAIS François Victor (1772—1838)	— medic francez	476	468
BRÜCKE Ernst Wilhelm (1819—1892)	— fiziolog german	477	468
BRUTEANU Mircea (1882—1957)	— psihiatru român	483	469
BUHLER Karl (1879—1952)	— psiholog american	497	472
BURCKHARDT Gottlieb (1836—1907)	— psihochirurg	510	475
BURQ Victoryean (1822—1884)	— medic francez	512	475
BURROWE George Mann (1771—1846)	— medic englez	513	476
BURTON Robert (1577—1640)	— medic englez	514	476
CABANIS George (1757—1808)	— psihiatru francez	C 1	478
CALMEIL Luois Florentin (1798—1895)	— psihiatru francez	39	486
CANNON Walter Bradfor (1881—1945)	— psiholog american	59	491
CARTER Robert Brudenell (1828—1918)	— medic englez	114	500
CARUS Karl Gustav (1789—1869)	— medic german	116	500
CATTELL James McKeen (1860—1944)	— psiholog american	164	513
CERESI Laurent Alexis (1807—1869)	— psihiatru francez	251	534
CERLETTI Ugo (1877—1963)	— psihiatru italian	254	534
CHARCOT Jean Martin (1825—1893)	— neuropsihiatru francez	262	536

CHARLESWORT Edward Parker (1783—1853)	— psihiatru englez	267	537
CHARUGI Vincenzo (1759—1820)	— medic italian	268	537
CHASLIN Philippe (1857—1923)	— psihiatru francez	269	537
CHEYNE George (1675—1743)	— medic englez	286	539
CHRISTIAN Jules (1840—1907)	— psihiatru francez	327	546
CLAPARÈDE Edmond (1873—1940)	— psiholog elvețian	381	555
CLAUDE Henri Charles (1869—1945)	— psihiatru francez	387	559
CODET Henri (1889—1939)	— psihiatru francez	463	575
COLOMBIER Jean (1736—1784)	— medic francez	493	581
CONOLLY John (1794—1876)	— psihiatru englez	572	611
CONSTANTINESCU George (1922—1980)	— psihiatru român	588	615
COTARD Jules (1840—1889)	— psihiatru francez	699	642
COX Joseph Mason (1773—1818)	— medic englez	703	643
DAMASCHIN Dorin (1914—1977)	— psiholog român	D 21	680
DAN Arthur Iancu Vasile (1923—1969)	— psihiatru român	23	680
DAQVIN Joseph (1732—1815)	— medic francez	29	681
DARWIN Erasmus (1731—1802)	— medic englez	35	682
DARWIN Charles Robert (1808—1882)	— biolog englez	36	682
DEBESSE Maurice (1903—1984)	— pedopsiholog francez	52	685
DÉJÉRINE Jules Joseph (1849—1917)	— neuropsihiatru francez	116	700
DELASIAUVE Louis Jean (1804—1893)	— psihiatru francez	119	700
DELAX Jean (1907—1982)	— psihiatru și literat francez	120	701
DEREVICI Ipolit (1897—1977)	— psihiatru român	229	746
DESCARTES René (1596—1650)	— filozof francez	239	748
DEWEY John (1859—1952)	— filozof și pedagog american	284	761
DIDEROT Denis (1713—1784)	— filozof francez	347	782
DOSIOS Periclis Anastase (1900—1974)	— psihiatru român	558	821
DOUBLET François (1751—1795)	— medic francez	560	821
DRAGONET Henri (1823—1902)	— psihiatru francez	569	825
DUBOIS Frederic (1799—1873)	— psihiatru francez	599	831
DUMAS George (1866—1946)	— psihiatru francez	605	832
DUMONT Pallier Victor (1826—1899)	— psihiatru francez	608	833
DUPRÉ Ernest (1862—1921)	— psihiatru francez	613	834
DURKHEIM Emile (1858—1917)	— sociolog francez	619	839

SEMNI/SIMPOM*

ABADIE* semn	— insensibilitatea tendonului ahilian / PGP	A 3	9
ABELY*	— semnul oglinzii	17	14
ACARIE*	— sin. ACARIE ⁽⁸⁾ sindrom → ASTAVATATUROV ⁽⁹⁾	65	29
AMAT*	— sin. → BENOIT-AMAT ⁽⁸⁾	532	150
ANTON*	— trei semne referitoare la somatognozie	881	240
ASCHAFFENBURG*	— halucinații auditive la telefon	1073	293
AUTOMATISM MINTAL PSIHOGENIC*	— sin. ACȚIUNE EXTERIOARĂ ⁽⁸⁾	1295	347
BABINSKI*	— 10 semne în dialogul organic / funcțional	B 5	366
BAILLARGER*	— inegalitate pupilară / 1877	19	368
BALINSKI*	— areactivitate pupilară / 1858	29	370

BASCINA [®]	— anxietate, negativism, teamă de părinți	81	381
BATTLE [®]	— traumatisme craniene — dg. diferențial	91	383
BECHTEREV-MENDEL [®]	— reflex cuboidodigital / dorso-cubital	108	387
BECHTEREV [®]	— parasimbolie ± afazie senzorială	109	387
BELL [®]	— paralizie facială — dg. diferențial	125	390
BERNSTEIN [®]	— diferențierea simulației de catatonie	181	400
BIERNACKI [®]	— anestezie în lues cerebral	226	413
BIKELE [®]	— variantă a semnelui Kernig	231	413
BLEULER [®]	— halucinație vizuală complexă	310	432
BODAMER [®]	— sin. PROSOPAGNOZIE	338	441
BOLLACK [®]	— evidențierea stazei pupilare	350	446
BRISSAUD [®]	— semn plantar în sindromul piramidal	452	465
BRISSAUD-MARIE [®]	— tic buco-lingual	454	465
BRUDZINSKI [®]	— semnele sindromului meningeal	478	468
BRUNS [®]	— tulburări de echilibru în dg. tumorilor	479	468
BRZEZICKI [®]	— sin. PARAGNOMENUL BRZEZICKI	485	470
BÜLDOG [®]	— sin. → IANISEVSCHI [®]	503	474
BUMKE [®]	— absența midriazei la emoții/1903	506	474
CHADDOK [®]	— varianta BABINSKI [®]	C 260	535
CHARCOT [®]	— cefalee „în cască” / CHARCOT	265	537
CHASLIN [®]	— sin. CATAFAZIE → VERBIGERATIE ^{sin.}	270	537
CHVOSTEK [®]	— hiperexcitabilitate în hipocalcemie	330	546
CUNN [®]	→ BENOIT-AMAT ^(S)	784	667

SINDROM^(S)

A.A.A. ^(S) sindrom	— afazie, apraxie, agnozie —	A 1	9
A.A.A.A. ^(S)	— sindromul celor patru A(BLEULER)	1	9
AARSKOG ^(S)	— sindromul X fragil	2	9
ABASEV-KONSTANTINOVSKI ^(S)	— deteriorare mintală de origine vasculară	11	13
ABSTINENȚĂ ^(S)	— manifestări psihice la întreruperea drogului	49	23
ACHARD-THIERS ^(S)	— sin. → MORGAGNI-STEWART-MOREL ^(S)	97	38
ACHERMAN ^(S)	— sindromul trecutului (ca refugiu)	99	38
ADAMANNIDIS-BEHÇET ^(S)	— sin. → BEHÇET ^(S)	228	68
ADICȚIE CICLICĂ ^(S)	— depresie / alcool / ritmicitate	258	77
ADIPOZO-GENITAL ^(S)	— sin. BABINSKI-FRÖHLICH ^(S)	269	78
ADSON-COFFEY ^(S)	— sin. → NAFFZIGER ^(S)	291	85
AFFECT EPILEPSIE ^(S)	— epilepsie fără corespondent EEG	322	90
AHASVERUS ^(S)	— dizarmonie / toxicomanie, WINGATE	396	114
ALBATROS ^(S)	— varianta digestivă — MÜNCHAUSEN	415	117
ALBRIGHT ^(S)	— manifestări psihice	418	117
ALICE ÎN ȚARA MINUNILOR ^(S)	— depersonalizare, dezorientare, derealizare — TODD/1955	469	139
AMNEZIC ORGANIC ^(S)	→ AMNEZIE	610	167
AMNEZIC PSIHOGEN ^(S)	→ AMNEZIE	610	167
AMOTIVAȚIONAL ^(S)	— aspirații și ambiții reduse în canabism	627	173
ANGAJARE ^(S)	— manifestări psihice	762	203
ANGIORETICULOM ROUSSY-			
OBERLING ^(S)	— sin. → HIPPEL-LINDAU ^(S)	775	205
ANTIMONGOLISM ^(S)	— sin. → MONOZOMIA 21	864	235

ANTON ⁽⁸⁾	— cecitate corticală nerecunoscută	882	240
ANTON-BABINSKI ⁽⁵⁾	— asomatognozie, anozognozie, anozor diaforie	883	241
ANXIETAS TIBIARUM ⁽⁵⁾	sin.	905	246
APALIC ⁽⁶⁾	→ ECKBOM ⁽⁸⁾		
APARNETIC ⁽⁵⁾	— tulburare posttraumatică a ritmului somn / veghe	919	254
APATICO-AKINETICO-ABULIC ⁽⁶⁾	— refuzul bolii bacilare / GILLES	924	255
APERT ⁽⁸⁾	sin.	928	256
ARGYLL ROBERTSON ⁽⁵⁾	— KLEIST ⁽⁸⁾	940	258
ASPERGER ⁽⁸⁾	— sin. ACROCEFALOSINDACTILIE	1022	272
ASTVATATUROV ⁽⁵⁾	— forma clasică și inversată	1123	309
ATAXIE FRONTALĂ ⁽⁸⁾	— autism infantil cu hiperactivitate	1144	315
ATAXIE ISTERICĂ ⁽⁸⁾	— interogare siciitoare a medicului		
ATONIC-ASTATIC ⁽⁵⁾	sin.	1159	317
AUTOMATISM MINTAL ⁽⁸⁾	→ BRUNS ⁽⁸⁾ , 1892	1161	317
	— BRIQUET / 1859		
	sin.		
	→ DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ	1204	331
	— CLÉRAMBAULT-KANDINSKI	1294	347
BABENCOVA ⁽³⁾	— KORSAKOV ⁽⁸⁾ + pseudomoria (1967)	B 2	365
BABINSKI-FROMET ⁽⁵⁾	— sin. BABINSKI-MEIGE ⁽⁵⁾	6	366
BABINSKI-FRÖLICH ⁽⁵⁾	sin.	7	366
BABINSKI-NAGEOTTE ⁽⁵⁾	→ ADIPOZO-GENITAL ⁽⁵⁾	8	366
BALINT ⁽⁸⁾	— sin. SINDROM DE HEMIBULB	31	370
BALLARD-DEGEN-PAIE ⁽⁵⁾	— sin. PARALIZIE PSIHCĂ A VEDERII	34	371
BALLARD-MILLER ⁽⁵⁾	— encefalopatie postmeningoencefalitică	35	371
BAMBERGER ⁽⁵⁾	— cerebrastenie postmeningoencefalitică	43	372
BARÉ-LIÉOU ⁽⁵⁾	— formă foarte rară a isteriei / 1859		
	— formă pasageră a sindromului BABINSKI-NAGEOTTE	57	378
BARÉ ⁽⁵⁾	sin.	76	381
BĂTRÎN ACUZATOR ⁽⁵⁾	→ LERICHE ⁽⁵⁾		
BEHÇET ⁽⁸⁾	— reacții ostile și revendicative nejustificate	102	386
BENDER-FISCHER-ADAMS ⁽⁵⁾	— sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET ⁽⁸⁾	115	389
BENJAMIN ⁽⁸⁾	— amnezie globală și tranzitorie	139	392
BENOIT-AMAT ⁽⁵⁾	— oligofrenie, anemie, hidrocefalie	147	393
BERS-CONRAD ⁽⁵⁾	— semnul Cunn inversat	148	393
BETIA DE SOMN ⁽⁵⁾	— delir hipocondriac de involuție	184	400
BIANCHI ⁽⁸⁾	sin.	210	411
BICKEL-LOWE ⁽⁵⁾	→ ELPENOR ⁽⁸⁾	213	411
BIGNAMI ⁽⁸⁾	— afazie, apraxie, alexie		
BUCC-LINGUO-MASTICATOR ⁽⁸⁾	sin.	220	412
BLOCH-SULZBERGER ⁽⁸⁾	→ LOWE ⁽⁵⁾		
BOAS-MATHIEU ⁽⁵⁾	sin.	229	413
BOGAERT-NISSEN ⁽⁸⁾	→ MARCHIAFAVA-BIGNAMI ⁽⁸⁾	312	432
BÖNHÖFFER ⁽⁸⁾	— sin. BLOCH ⁽⁸⁾ ? CAROL-BOUR ⁽⁸⁾	318	433
BONNET ⁽⁸⁾	sin.	335	440
BONNET-DECHAUME-BLANC ⁽⁸⁾	→ ACORIE	341	441
	— formă a leucodistrofiei progresive		
	— prodrom psihic al bolilor infecțioase / 1910	360	450
	— halucinoza vizuală princeps / 1760	364	451
	— sin. ANGIOMATOZĂ NEURORÉTINIANĂ	365	451

BONNET-MORSIER ^(S)	sin.		
	→ MORSIER ^(S)	366	451
BONNEVIE-ULRICH ^(S)	— aberație cromozomială / 1949	368	451
BONNIER ^(S)	— vertij, hemiplegie, aforie	369	451
BORNSTEIN ^(S)	— criză parțială tip rolandic	381	456
BORREMENS von BOGAERT ^(S)	— formă de idioție amaurotică / 1937	382	456
BOTCARO ^(S)	sin.		
	→ DIDE-BOTCASO ^(S)	386	456
BOUDOURESQUE ^(S)	— formă a nevritei alcoolice	390	457
BRATZ ^(S)	— sin. BRATZ-LEUBUSCHER ^(S)	432	463
BRÄUTIGAN ^(S)	— modificări comportamentale la toxicomani	433	463
BRIQUET ^(S)	— manifestări respiratorii în isterie	451	465
BRISAUD ^(S)	— anxietate paroxistică de involuție	453	465
BRUNS ^(S)	— ataxie frontală / 1892	480	469
BRUNS-JASTROWITZ ^(S)	— sin. DEBILITATE MINTALĂ EUFORICĂ	481	469
BRZEZICKI ^(S)	— parkinsonism akineto-hipertonie	486	470
BUCY-KLÜVER ^(S)	— sindr. experimental în lobectomie	491	471
BUGARD-SOUVORES-COSTE-VALADER-SALLE ^(S)	— dezvoltarea prematură a gândirii abstracte / 1892	496	472
BULAHOVA ^(S)		500	473
CAIRNS ^(S)	— schizofrenie simptomatică în tumori	C 24	483
CALMEIL ^(S)	— sin. DELIR ACUT IDIOPATIC	38	486
CALOS ^(S)	— manifestări psihice	46	487
CAMERA DE REANIMARE ^(S)	— izolare senzorială iatrogenă	51	488
CAP SCOȚIAN ^(S)	— tulburări mnezice post abuz de alcool	62	491
CĂPGRAS-SERIEUX ^(S)	— iluzia sosisilor	68	492
CARENȚA DE AUTORITATE ^(S)	— asigurare (SUTTER, LUCCIONI / 1948)	102	498
CARPENTER ^(S)	— sin. ACROCEFALOPOLISINDACTILIE	112	499
CASPER ^(S)	sin.		
	→ ERITROFOBIE ^(S)	121	500
CASSIER ^(S)	— sin. ACROCIANOZA CR. HIPERTROFICĂ	122	500
CEREBELOS ^(S)	— manifestări psihice	235	532
CESTAN-CHENAIS ^(S)	— varianta BABINSKI-NAGEOTTE ^(S)	258	535
CITELLI ^(S)	— manifestări psihice	367	551
CLAUDE-GOUGEROT ^(S)	— senilitate precoce	386	559
CLÉRAMBAULT ^(S)	→ AUTOMATISM MINTAL ^(S)	399	562
CLOCITOARE ^(S)	— „gravitate masculină”	422	566
CLOWN ^(S)	sin.		
	→ PAIAȚĂ ^(S)	449	571
COCKAYNE ^(S)	— oligofrenie autosomală recesivă	459	574
CONFUZIONAL ^(S)	— sin. STARE CONFUZIONALĂ	566	610
CONN ^(S)	— sin. ALDOSTERONISM	571	611
CONTRATIPAL MONGOLISM ^(S)	sin.		
	→ MONOZOMIA 21	626	628
COPIL MALTRATAT ^(S)	— sin. TARDIEU-SILVERMAN ^(S)	648	633
CORNELIA (de) LANGE ^(S)	— oligofrenie congenitală cu microsomie	680	636
CORONARO-CEREBRAL ^(S)	— sindrom de însoțire / BOGOLEPOV	682	636
CØRP CALOS ^(S)	— manifestări psihice	683	637
CØRP LUY ^(S)	sin.		
	→ HEMIBALBISM	684	637
COSYNS-DURET ^(S)	— sin. PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ	697	641
COTARD ^(S)	— sin. MEGALOMELANCOLIE	700	643
CRITCHLEY ^(S)	— sin. MUZICOLEPSIE	738	650
CROOKSHANK ^(S)	— formă de mongolism	769	664
CUMB GOL ^(S)	— drama singurățiiil femeli mamă	777	665

CUSHING ^(S)	— sin. SUPRARENOMETABOLIC ^(S) (MILCU)	800	673
D ^(S)	— sin. TRISOMIED → PATAU ^(S)	D 1	678
DA COSTA ^(S)	— cortegiul de manifestări cardiace funcționale	6	678
DEBILITATE MOTORIE ^(S)	— motricitate afectată congenital	56	686
DELBRÜCK ^(S)	— mitomanie confabulatorie / 1881	122	701
DENNY-BRAUN ^(S)	— paraneoplazie psihică	180	726
DEPOSEDARE ^(S)	— „subiectul nu-și mai aparține“	199	731
DESHAIES-PELLIER ^(S)	— sin. SINDR. SUBIECTIV AL ELECTROȘOCĂȚILOR	247	751
DESPĂRTIRE ^(S)	— reacție de externare	255	753
DIDE-BOTCARO ^(S)	— sin. BOTCARO ^(S)	346	782
DIFUZIE A IDENTITĂȚII ^(S)	— lipsa identității adolescentului	362	785
DIOGENE ^(S)	— existența vegetativă a vîrstnicului	381	789
DUBOVITZ ^(S)	— polihandicapare	601	832
DUMPING ^(S)	— manifestări psihice post gastrectomie	611	833
DUPRÉ-MERKLEN ^(S)	— sin. SCHLEMIHL ^(S) — afectare conge- nitală a motilității	614	834

TEST^(T)

ABRUTKOV ENICHEET ^(T)	— încercare de etalonare a gradului remisiei schizofrene	A 38	19
ABSURDITATE ^(T)	— rezistența gândirii logice și modificările calitative	54	25
ACHENBACH ^(T)	— folosit în clinica infantilă, calități diag- nostice excepționale (J.D.CAL, 1986)	98	38
ALEXANDER ^(T)	— scală de performanțe intelectuale „ALEX“	439	130
ALEKSANDROVȘCHI ^(T)	— aprecierea efectelor tranchilizanțelor	446	131
ALTERNATIVE ^(T)	— alegere între răspunsuri multiple	517	147
AMTHAUER ^(T)	— inteligență verbală, calcul, construcție	641	176
ANALOGIE ^(T)	— capacitate de raționament și corelație	703	191
ANTONIME ^(S)	— înțelegerea limbajului, a cuvintelor	884	241
A.P.T. ^(T)	— „academic Promise Test“ / succesul școlar	999	267
ARTHUR GRACE ^(T)	— măsurarea inteligenței generale	1057	290
ARTHUS ^(T)	— testul satului — evaluarea capacității imaginative la copil	1058	290
ASAMBLAJ ^(T)	— teste nonverbale de performanță	1068	292
ASOCIAȚIE ^(T)	— psihodiagnoza personalității	1117	308
BABY ^(T)	— investigarea preșcolarului (GESSEL)	B 10	366
BARAJ ^(T)	— evaluarea capacității prosexice	51	373
BARR ^(T)	— evidențierea sexului genetic cu ajutorul cromatinei (BARR-BERTAM/1948)	75	380
BARUK ^(T)	— „capacitatea de judecată morală“ / 1950	79	381
BECK ^(T)	— evaluarea depresiei / 1961	111	388
BEHN-ESCHENBERG ^(T)	— variantă RORSCHACH ^(T) /1952	117	389
BEHN-RORSCHACH ^(T)	— variantă RORSCHACH/ZULLINGER	118	389
BELLAK ^(T)	— investigarea copiilor sub zece ani	127	390
BENDER ^(T)	— „structurarea vizuală“ la copil	138	392
BENTON ^(T)	— evidențierea deteriorării mnestică	158	395
BERNREUTER ^(T)	— inventar de personalitate / 1931	180	400

BERNSTEIN ^(T)	— explorarea nivelului intelectual / 1911	182	400
BERRO ^(T)	— sin. BEHN-ESCHENBERG ^(T)	183	400
BESTIAR ^(T)	— identificări zoomorfice ale copilului	190	401
BIDEMA ^(T)	— sin. BIDEA-WARTEGG ^(T) /1969	222	412
BINET ^(T)	— sin. BINET-SIMON ^(T) ; scala de inteligență metrică	243	415
BINOIS-PICHOT ^(T)	— inteligentă verbală (factorul „G“)	246	417
BLUM ^(T)	— test proiectiv pentru copii / 1949	321	433
BOCKER ^(T)	— evaluarea gravității sindroamelor de tranziție / 1961	337	440
BÖNISCH ^(T)	— test proiectiv în neuropsihiatria infantilă	362	451
BONNET-STEIN ^(T)	— probă de personalitate / tip proiectiv	367	451
BOREL-MAISONNY ^(T)	— probă de limbaj / nivel de inteligență	377	456
BOURDON ^(T)	— evaluarea concentrării atenției/1895	392	457
B.P.R.S. ^(T)	— evaluarea depresiei	397	458
BREM-GRÄSER ^(T)	— evidențierea situației copilului în familie / 1951	437	463
BRENGELMANN ^(T)	— test de memorie / utilizare restrinsă	439	463
BRODY ^(T)	— test calitativ pentru gândirea conceptuală	463	466
BUCK ^(T)	— sin. CASĂ-ARBORE-OM ^(T) /1948	488	471
BUYSE-DECROLY ^(T)	— evidențiază gradul de adaptare / copii	521	477
CASĂ-ARBORE-OM ^(T)	sin. → BUCK ^(T)	C 119	500
CATTELL ^(T)	— tip factorial (verbalizare, perseveranță, inteligență)	165	513
CEDEC ^(T)	— sin. BARUK ^(T)	189	521
CLAPARÈDE ^(T)	— varianta BINET-SIMON — scală	382	555
COLECTIV ^(T)	— avantaje / dezavantaje	483	579
CUBURI ^(T)	sin. → KOHS ^(T)	776	665
CUNNINGHAM-PINTNER ^(T)	— baterie de inteligență / 1932	785	667
DEHIO ^(T)	— probă farmacologică	D 103	699
DEXAMETAZONĂ ^(T)	— forma depresiei evaluată biologic	286	761
DIXON ^(T)	— investigarea sferei emoționale	500	810
DORKELY-AMEN ^(T)	— investigarea proiectivă a personalității	546	820

CONTRIBUȚIA AUTORILOR :

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Andriescu Nicolae Teofil | 11. Puiu Olga Valeria |
| 2. Barbu Gabriela | 12. Sandor Veronica |
| 3. Botezat Antonescu Ileana | 13. Săndulescu Maria Carmena |
| 4. Botezat Antonescu Liviu | 14. Ștefănescu Mugur Gabriel |
| 5. Crăciun Dan | 15. Stoltz Gabriela |
| 6. Gorgos Constantin | 16. Stroian Gabriela |
| 7. Litinschi Gheorghe | 17. Talaban Andrucovici Irena |
| 8. Năstase Ștefania Coca | 18. Tudose Cătălina |
| 9. Păunescu Adrian | 19. Tudose Florin |
| 10. Prelipceanu Dan | |

Notă : Pentru fiecare autor sint menționați, prin cifre aldine, termenii concepuți în exclusivitate de autorul respectiv și, prin drepte, cei concepuți în colaborare ; cifra corespunde numărului de ordine al termenului în cadrul literei respective. Exemplu : ADEFAGIE are numărul A 241, a fost conceput de Ștefănescu Mugur Gabriel și va fi găsit în lista termenilor acestui autor, marcat cu cifre aldine. CATALEPSIE are numărul C 137 ; fiind conceput de doi autori va fi găsit în lista termenilor ambilor autori (Săndulescu Maria Carmena și Ștefănescu Mugur Gabriel), marcat cu cifre cursive.

1. ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL

A : 298, 703, 722

41, 176, 189, 698

B : 222

C : 77, 285, 302, 466, 473, 474, 483, 509, 524, 549, 613, 638, 639

375, 570

D : 76, 92, 93, 124, 177, 271, 272, 371, 374, 486

256, 304, 468

2. BARBU GABRIELA

A : 338, 341, 392, 795, 1055, 1192, 1272, 1322, 15

159, 161, 172, 212, 301, 337, 377, 384, 406, 420, 500, 583, 741, 807, 809, 1374

B : 307, 406

50, 63, 114, 145, 338, 395, 484, 507

C : 52, 181, 201, 352, 571, 700

25, 178, 249, 348, 384, 398, 413, 604

D : 58, 424, 425, 439, 445

169, 174, 308, 487

3. BOTEZAT ANTONESCU ILEANA

A : 77, 164, 183, 191, 199, 274, 299, 429, 430, 431, 466, 467, 514, 524, 613, 636, 643, 739, 757, 760, 761, 787, 806, 922, 994, 1018, 1042, 1046, 1084, 1089, 1096, 1105, 1119, 1120, 1124, 1134, 1200, 1203, 1216, 1257, 1298, 1332

6, 15, 18, 51, 60, 109, 120, 147, 153, 155, 156, 166, 189, 233, 239, 244, 246, 283, 293, 332, 384, 386, 485, 500, 586, 591, 592, 602, 610, 612, 648, 651, 662, 671, 705, 715, 745, 747, 750, 842, 844, 900, 907, 1023, 1049, 1051, 1115, 1141, 1157, 1171, 1247, 1263, 1331, 1334, 1037, 1347, 1352

B : 55, 146, 174, 175, 178, 189, 209, 211, 218, 236, 256, 257, 258, 264, 271, 272, 281, 297, 308, 349, 392, 452, 466, 467, 471

54, 266, 269, 288, 329, 347, 348, 376

C : 16, 30, 31, 70, 81, 91, 172, 192, 221, 390, 405, 448, 485, 486, 491, 494, 502, 535, 541, 565, 594, 600, 630, 641, 646, 722, 776, 744, 748, 752, 793

16, 17, 74, 183, 190, 358, 465, 520, 525, 538, 553, 562, 621, 725

D : 91, 299, 467, 37, 239, 347

18, 75, 89, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 211, 279, 280, 281, 295,
305, 457, 503, 518, 567, 588

4. BOTEZAT ANTONESCU LIVIU

A : 177, 190, 201, 258, 505, 669, 686, 751, 762, 953, 1019, 1020, 1022, 1080,
1118, 1185, 1294, 1307, 1329

243, 278, 700, 911, 997, 1028, 1111, 1131, 1215, 1268

B : 27, 227, 240, 245, 247, 278, 284, 294, 298

106, 295, 323, 347, 348

C : 29, 33, 35, 60, 68, 146, 147, 150, 154, 204, 235, 237, 290, 336, 338, 374,
472, 484, 495, 497, 503, 507, 510, 514, 563, 568, 574, 579, 580, 581,
587, 590, 592, 598, 618, 665, 893, 760, 765, 768, 781

230, 635, 680

D : 74, 101, 252, 298, 358, 418, 429, 435, 436

39, 72, 417, 431

6. CRĂCIUN DAN

A : 216, 376, 861, 876, 894, 896, 921, 959, 990, 1214, 1305, 1356, 1357

46, 47, 51, 52, 81, 150, 240, 253, 515, 519, 523, 541, 620, 701, 778, 842,
893, 971, 1247, 1355

B : 241

C : 152, 170, 174, 299, 304, 379, 470, 471, 475, 499, 543, 573, 577, 593, 596,
606, 607, 617, 715, 739, 749, 775, 781, 786

155, 256, 525, 530, 586, 673

D : 43, 90, 105, 228, 267, 269, 317, 323, 355, 364, 375, 415, 606, 615

38, 83, 174, 184, 366, 384, 417, 510, 592, 593

7. GORGOS CONSTANTIN

A : 4, 8, 10, 12, 13, 14, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 35, 37, 42, 45, 55, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 74, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 97, 103, 110, 111, 112, 113, 117, 119, 122, 123, 124, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 140, 146, 148, 149, 151, 157, 158, 162, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 180, 182, 188, 193, 194, 195, 197, 202, 203, 206, 211, 220, 223, 224, 226, 227, 228, 231, 232, 237, 238, 242, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 259, 260, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 279, 284, 286, 289, 290, 291, 292, 296, 297, 300, 304, 305, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 322, 325, 326, 328, 334, 335, 336, 339, 348, 349, 352, 354, 355, 356, 358, 359, 360, 364, 365, 367, 368, 371, 372, 375, 378, 382, 385, 388, 390, 391, 393, 394, 395, 397, 399, 400, 402, 404, 405, 408, 409, 410, 411, 412, 414, 416, 417, 419, 421, 422, 432, 435, 436, 437, 444, 445, 451, 453, 454, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 472, 473, 475, 476, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 486, 487, 488, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 498, 499, 503, 507, 511, 512, 513, 517, 520, 521, 525, 526, 528, 529, 532, 533, 534, 536, 537, 540, 542, 550, 551, 553, 556, 557, 558, 560, 561, 562, 563, 564, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 575, 576, 577, 578, 580, 581, 588, 589, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 603, 604, 605, 607, 608, 609, 611, 624, 626, 628, 629, 631, 632, 633, 634, 635, 637, 638, 639, 640, 642, 644, 645, 646, 649, 652, 661, 664, 667, 683, 687, 689, 696, 697, 704, 707, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 717, 718, 719, 720, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 733, 737, 740, 743, 744, 749, 752, 755, 756, 758, 759, 763, 764, 767, 768, 769, 770, 774, 775, 776, 777, 780, 781, 782, 783, 786, 788, 789, 791, 792, 793, 794, 796, 797, 799, 804, 805, 810, 811, 817, 818, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 836, 838, 839, 840, 841, 843, 845, 850, 851, 853, 857, 862, 863, 864, 865, 866, 868, 869, 872, 878, 879, 883, 885, 899, 901, 904, 905, 908, 909, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 923, 925, 928, 929, 933, 936, 939, 941, 943, 948, 949, 950, 951, 952, 954, 955, 957, 958, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 968, 969, 970, 973, 974, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 983, 986, 988, 989, 991, 992, 995, 996, 1000, 1001, 1003, 1004, 1005, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1027, 1034, 1035, 1036, 1043, 1044, 1050, 1054, 1059, 1064, 1067, 1072, 1073, 1077, 1082, 1083, 1085, 1088, 1090, 1095, 1097, 1099, 1101, 1102, 1103, 1104, 1112, 1121, 1125, 1127, 1128, 1129, 1131, 1133, 1136, 1137, 1149, 1150, 1151, 1152, 1154, 1155, 1159, 1162, 1164, 1167, 1168, 1169, 1170, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1181, 1183, 1186, 1188, 1189, 1191, 1195, 1198, 1201, 1204, 1205, 1206, 1208, 1209, 1210, 1212, 1217, 1219, 1220, 1222, 1223, 1225, 1226, 1227, 1228, 1230, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1245, 1246, 1249, 1252, 1254, 1256, 1265, 1267, 1269, 1270, 1273, 1274, 1277, 1279, 1281, 1282, 1292, 1300, 1301, 1303, 1308, 1317, 1321, 1323, 1324,

1328, 1330, 1335, 1337, 1338, 1339, 1340, 1342, 1343, 1346, 1348, 1349, 1351, 1353, 1354, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1375, 1376

1, 3, 5, 6, 7, 16, 18, 29, 31, 34, 39, 43, 44, 47, 48, 49, 56, 67, 72, 78, 80, 93, 114, 115, 121, 139, 143, 159, 161, 163, 171, 181, 208, 217, 218, 240, 278, 282, 302, 307, 310, 315, 316, 318, 319, 321, 332, 347, 351, 362, 377, 380, 383, 384, 387, 389, 401, 406, 420, 424, 438, 442, 447, 465, 484, 489, 506, 508, 509, 510, 518, 519, 523, 539, 545, 546, 552, 566, 586, 602, 610, 620, 621, 622, 654, 655, 656, 659, 660, 665, 666, 705, 765, 766, 771, 772, 803, 807, 809, 814, 816, 849, 852, 856, 860, 870, 875, 880, 890, 891, 892, 907, 910, 924, 926, 930, 940, 955, 971, 987, 1021, 1028, 1047, 1051, 1096, 1111, 1115, 1126, 1130, 1132, 1139, 1141, 1143, 1145, 1147, 1153, 1171, 1182, 1184, 1190, 1196, 1197, 1213, 1215, 1221, 1224, 1234, 1266, 1275, 1278, 1289, 1314, 1315, 1327, 1345, 1347, 1352, 1359, 1374

B : 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 22, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 53, 56, 57, 60, 66, 68, 69, 71, 72, 76, 80, 90, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 103, 104, 105, 107, 112, 113, 116, 119, 122, 123, 125, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 171, 176, 177, 183, 184, 185, 188, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 205, 206, 212, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 224, 226, 228, 229, 238, 239, 244, 248, 250, 251, 253, 261, 265, 274, 286, 287, 291, 296, 300, 302, 304, 305, 310, 311, 313, 315, 316, 319, 320, 326, 327, 330, 331, 333, 334, 335, 336, 339, 343, 344, 345, 346, 350, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 361, 363, 366, 369, 371, 372, 373, 374, 375, 378, 381, 383, 385, 386, 387, 390, 393, 394, 396, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 409, 411, 413, 414, 415, 417, 418, 419, 423, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 434, 435, 438, 440, 441, 444, 445, 446, 448, 449, 450, 451, 453, 455, 456, 459, 460, 464, 465, 468, 469, 470, 472, 473, 475, 476, 477, 479, 480, 481, 489, 492, 494, 496, 499, 503, 506, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 516, 517, 518, 519

6, 13, 31, 35, 50, 54, 64, 67, 84, 88, 102, 110, 115, 163, 194, 230, 231, 242, 259, 293, 299, 309, 322, 340, 376, 389, 391, 405, 424, 425, 507

C : 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 55, 56, 58, 59, 61, 69, 71, 72, 75, 76, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 134, 135, 136, 138, 139, 157, 159, 162, 163, 167, 171, 173, 179, 180, 182, 184, 186, 187, 188, 191, 193, 194, 196, 199, 200, 207, 208, 211, 212, 213, 216, 217, 218, 220, 223, 224, 225, 228, 231, 232, 233, 238, 240, 241, 242, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 274,

275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 284, 286, 287, 288, 289, 295, 297, 298,
 300, 301, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320,
 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 331, 332, 334, 335, 337, 340,
 341, 342, 343, 344, 345, 349, 350, 351, 354, 355, 356, 359, 360, 361, 362,
 363, 365, 366, 368, 369, 370, 379, 381, 382, 387, 391, 393, 394, 395, 396,
 397, 399, 400, 401, 403, 404, 407, 408, 409, 411, 420, 421, 423, 424, 425,
 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 437, 438, 439, 440, 441,
 442, 443, 444, 446, 447, 449, 450, 451, 455, 457, 458, 469, 476, 479, 481,
 489, 490, 492, 493, 496, 498, 501, 504, 505, 508, 513, 517, 518, 534, 539, 540,
 542, 547, 551, 552, 554, 560, 561, 572, 582, 585, 597, 599, 605, 609, 610,
 611, 615, 619, 623, 626, 628, 629, 636, 640, 642, 644, 647, 649, 650, 651,
 652, 655, 656, 662, 663, 664, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 674, 678,
 679, 681, 684, 686, 691, 693, 696, 699, 701, 702, 703, 704, 708, 709, 710,
 711, 712, 713, 718, 720, 721, 733, 734, 738, 745, 746, 747, 752, 755, 757,
 763, 771, 772, 773, 774, 776, 778, 779, 783, 784, 789, 792, 795, 798, 804,
 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816

17, 32, 53, 78, 164, 183, 190, 210, 234, 239, 243, 249, 254, 256, 262, 330,
 348, 385, 386, 392, 414, 415, 419, 477, 511, 604, 621, 687, 728, 740, 766,
 770, 790, 799

D : 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31,
 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 60, 64, 66, 67,
 68, 70, 71, 77, 79, 84, 86, 88, 94, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 116, 119, 121,
 123, 132, 133, 134, 136, 138, 140, 141, 144, 145, 147, 148, 149, 156, 160,
 161, 164, 166, 167, 168, 171, 178, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 191, 192,
 193, 195, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 218,
 221, 222, 223, 230, 232, 237, 241, 245, 246, 249, 250, 251, 253, 254, 255,
 259, 260, 261, 263, 268, 270, 273, 275, 277, 283, 285, 287, 288, 291, 292,
 300, 301, 306, 307, 310, 312, 313, 315, 316, 318, 321, 324, 325, 326,
 328, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343,
 344, 345, 346, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 360, 361, 363, 365, 367, 368,
 369, 370, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 386, 387, 388, 389,
 391, 393, 394, 395, 397, 398, 399, 401, 402, 404, 409, 411, 419, 421, 423,
 427, 430, 433, 434, 442, 443, 444, 448, 449, 451, 452, 453, 456, 458, 459,
 460, 464, 465, 466, 470, 473, 478, 479, 480, 483, 484, 485, 488, 490, 491,
 492, 495, 498, 499, 501, 504, 505, 506, 507, 509, 512, 513, 514, 515, 519,
 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 529, 530, 531, 533, 538, 539, 540, 541,
 542, 543, 545, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 559,
 560, 561, 562, 563, 564, 565, 569, 571, 573, 574, 575, 676, 577, 579, 580, 581,
 582, 583, 585, 586, 587, 589, 591, 599, 602, 604, 607, 608, 609, 610, 616,
 620, 622, 628, 624

1, 10, 21, 39, 73, 150, 151, 152, 153, 154, 158, 159, 204, 211, 289, 304, 314,
 319, 384, 420, 422, 431, 475, 487, 503, 518, 567, 570, 588, 613, 614

8. LITINSCHI GHEORGHE

A : 779, 785, 1026, 1058, 1094, 1148, 1163, 1187, 1276, 1285, 1309
44, 67, 69, 104, 108, 109, 120, 147, 333, 366, 380, 383, 484, 485, 506, 510,
518, 543, 554, 583, 622, 651, 654, 662, 747, 924, 1053, 1165, 1213, 1221,
1314, 1327

B : 73, 83, 87, 89, 124, 180, 365, 368, 408, 420, 436, 462, 478, 491, 520
1, 6, 35, 115, 213, 222, 231, 246, 318, 340, 367, 377

C : 3, 5, 11, 38, 112, 132, 133, 140, 143, 158, 160, 166, 195, 197, 214, 244,
291, 294, 346, 364, 367, 371, 452, 461, 467, 488, 530, 567, 569, 648, 697,
705, 731, 737, 750, 769

165, 190, 202, 210, 234, 239, 243, 245, 330, 386, 459, 487, 624, 643, 675, 676,
724, 727, 728, 748, 799

D : 44, 53, 56, 329, 390, 405, 408, 477, 516
10, 311, 428, 584, 614, 617

9. NĂSTASE ȘTEFANIA COCA

A : 92, 94, 101, 105, 106, 107, 219, 229, 247, 285, 287, 288, 449, 450, 584, 585,
587, 630, 647, 815, 1009

22, 93, 102, 104, 108, 171, 235, 246, 337, 737, 800, 816, 860, 1179, 1224,
1289, 1347, 1359, 1374

B : 191, 198, 200, 204, 207, 233, 254, 260, 262, 263, 275, 280, 282, 317, 325,
457, 458, 487, 495, 501

63, 225, 288, 323

C : 27, 108, 151, 280, 468, 548, 634, 690, 759, 796, 801

25, 685, 692

D : 57, 349

308, 309, 475, 536, 537, 566, 617

10. PĂUNESCU ADRIAN

A : 254, 261, 350, 441, 501, 538, 753, 784, 854, 1293, 1302

29, 144, 217, 239, 293, 523, 657, 801, 852, 875

B : 000

194

C : 536, 645

538

D : 493

204

11. PRELIPCEANU DAN

A : 165, 179, 257, 281, 381, 428, 470, 615, 692, 721, 754, 912, 1160, 1194, 1229,
1291, 1318, 1319

80, 121, 153, 154, 155, 156, 389, 427, 438, 504, 566, 648, 671, 900, 926-
1153, 1190, 1131

B : 173, 285, 303, 328, 351

114, 235, 293, 376

C : 64, 65, 66, 67, 142, 521, 522, 523, 572, 584, 729, 730, 732, 788, 797

178, 383, 384, 459, 740

D : 63, 80, 127, 128, 410, 432, 497, 534, 535, 594, 595, 612, 618, 621

102, 189, 204, 279, 281, 314, 450, 592, 593

12. PUIU OLGA VALERIA

A : 874, 1076, 1193

161, 172, 185, 210, 246, 280, 384, 406, 586, 856, 870, 882, 1056, 1336

B : 00

67, 203, 389, 416

C : 445, 527, 557, 603, 608

46, 128, 398, 414, 487, 562, 566, 575, 604, 635, 685, 698, 714, 725, 780

D : 17, 236, 438, 455

81, 120, 233, 235, 244, 262, 265, 274, 284, 356, 407, 462, 605, 617, 619

13. SANDOR VERONICA

A : 20, 75, 590, 903, 920, 1109, 1180

7, 31, 36, 49, 50, 54, 161, 389, 504, 539, 592, 616, 648, 657

B : 47, 85, 508

144, 292

C : 57, 99, 546, 595, 622, 631, 632

418, 419, 620

D : 194, 301

517

14. SĂNDULESCU MARIA CARMENA

A : 21, 269, 303, 353, 463, 474, 732, 735, 738, 846, 867, 934, 967, 993, 1039, 1040, 1166

11, 33, 81, 114, 133, 310, 351, 420, 442, 464, 465, 592, 737, 741, 742, 772, 809, 814, 870, 875, 906, 910, 987, 1021, 1028, 1184, 1197, 1211, 1231, 1248, 1261, 1268, 1273

B : 64, 65, 82, 108, 129, 237, 252, 277, 306, 312, 324, 407, 410, 412, 422, 490, 502, 504

13, 23, 84, 92, 208, 230, 259, 270, 318, 329, 405, 416, 484

C : 34, 54, 161, 169, 177, 229, 263, 264, 303, 378, 380, 388, 397, 410, 416, 417, 462, 463, 526, 553, 575, 589, 633, 637, 653, 654, 657, 658, 694, 719, 726, 753, 756, 758, 794, 803

46, 137, 219, 230, 254, 262, 268, 283, 456, 602, 624, 659, 780, 790

D : 117, 163, 242, 302, 412, 471, 472, 494, 578

22, 113, 114, 130, 139, 143, 169, 190, 197, 199, 243, 244, 286, 319, 403, 428, 441, 474, 496, 532, 536, 537, 566, 597

15. ȘTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL

A : 40, 116, 138, 141, 145, 152, 198, 200, 207, 214, 215, 241, 295, 306, 317, 320, 344, 345, 369, 413, 418, 440, 497, 508, 522, 527, 547, 585, 606, 663, 668, 693, 731, 746, 779, 808, 835, 859, 998, 1006, 1008, 1045, 1053, 1117, 1156, 1258, 1259, 1266, 1284, 1288, 13054, 1316, 1341

22, 29, 34, 48, 49, 56, 60, 72, 102, 115, 125, 133, 139, 144, 151, 163, 172, 81, 187, 210, 213, 225, 244, 280, 302, 307, 316, 318, 319, 333, 342, 357, 370, 403, 406, 423, 504, 539, 543, 545, 546, 554, 574, 586, 591, 592, 612, 616, 619, 648, 653, 655, 670, 680, 737, 745, 765, 671, 801, 877, 907, 955, 1263, 1311, 1336

B : 74, 75, 279

63, 102, 144, 145, 232, 376

C : 50, 101, 103, 273, 293, 357, 402, 412, 436, 515, 529, 545, 614, 660, 661, 688, 706, 717, 800

10, 53, 74, 78, 100, 128, 137, 144, 155, 183, 202, 385, 477, 566, 643, 659, 676, 685, 692, 714, 724, 727

D : 234, 296, 437, 454, 508

22, 113, 114, 190, 309, 403, 422, 457, 476

16. STOLTZ GABRIELA

A : 178, 658

621

B : 00

00

C : 347

00

D : 481

172

17. STROIAN GABRIELA

A : 28, 100, 118, 160, 196, 204, 205, 277, 329, 343, 361, 363, 446, 452, 455,
477, 650, 672, 688, 691, 694, 695, 702, 798, 813, 847, 848, 858, 871, 884,
886, 887, 888, 889, 897, 898, 902, 956, 999, 1002, 1029, 1033, 1038, 1057,
1063, 1065, 1068, 1070, 1081, 1091, 1092, 1202, 1232, 1233, 1236, 1260, 1264,
1299, 1325, 1326

29, 41, 50, 54, 56, 69, 72, 73, 82, 121, 143, 144, 154, 166, 176, 185, 210,
212, 213, 217, 236, 310, 315, 377, 380, 386, 403, 438, 442, 489, 523, 546,
552, 616, 619, 653, 671, 681, 698, 737, 750, 800, 812, 819, 844, 891, 924,
926, 932, 1047, 1117, 1126, 1157, 1179, 1196, 1211, 1285, 1315

B : 10, 45, 61, 77, 86, 111, 118, 138, 140, 158, 190, 219, 243, 276, 379, 421,
439, 442, 443, 463, 482, 497, 521

1, 58, 114, 168, 242, 246, 269, 299, 314, 367, 370, 377, 391, 425

C : 63, 73, 215, 222, 236, 353, 376, 625, 716, 785

100, 164, 165, 219, 245, 358, 375, 383, 392, 418, 553

D : 52, 59, 65, 69, 107, 109, 110, 111, 112, 115, 165, 175, 217, 266, 440, 447,
463

18, 21, 78, 89, 96, 114, 120, 162, 197, 233, 243, 244, 262, 284, 289, 311, 356, 407, 416, 450, 462, 468, 476, 496, 532, 545, 570, 584, 597, 605, 614, 617, 619

18. TALABAN ANDRUCOVICI IRENA

A : 71, 173, 617, 618, 673, 674, 675, 677, 678, 690, 790, 927, 1025, 1107, 1114, 1199, 1255, 1320

36, 81, 150, 187, 208, 278, 293, 315, 438, 549, 849, 1023, 1049, 1126, 1275

B : 101, 268, 283

58, 92, 266, 270, 288, 322, 370

C : 22, 125, 156, 227, 453, 454, 506, 511, 519, 528

627

D : 125, 143, 176, 322

72, 73, 83, 85, 162, 172, 244, 246, 257, 295, 366, 517, 544, 597

19. TUDOSE CĂTĂLINA

A : 2, 17, 38, 61, 96, 98, 99, 373, 379, 433, 434, 448, 469, 502, 535, 614, 734, 881, 919, 942, 985, 1007, 1052, 1069, 1079, 1123, 1135, 1144, 1158, 1161, 1207, 1243, 1250, 1271, 1280

1, 3, 5, 9, 12, 16, 43, 125, 235, 301, 362, 373, 379, 401, 427, 500, 516, 574, 766, 812, 982, 1143, 1235

B : 2, 9, 16, 18, 19, 29, 34, 43, 70, 78, 79, 81, 93, 94, 109, 117, 121, 127, 139, 141, 147, 170, 172, 181, 183, 186, 187, 210, 234, 249, 289, 321, 337, 341, 342, 362, 382, 384, 388, 397, 426, 433, 437, 454, 485, 486, 488, 500

23, 88, 225, 303, 338

C : 79, 149, 189, 377, 422, 564, 682, 742

283, 570, 620

D : 3, 6, 36, 61, 118, 122, 126, 180, 247, 264, 290, 293, 294, 297, 362, 381, 393, 396, 406, 527, 546, 568, 596

78, 95, 96, 106, 129, 226, 286, 474, 489

20. TUDOSE FLORIN

A : 30, 53, 127, 142, 184, 209, 221, 222, 230, 234, 294, 323, 324, 327, 330, 331, 340, 346, 374, 396, 398, 407, 425, 426, 439, 443, 462, 468, 471, 530, 531, 544, 548, 559, 573, 579, 582, 623, 625, 627, 641, 676, 679, 682, 684, 685, 699, 706, 708, 716, 748, 802, 837, 855, 879, 882, 895, 923, 931, 937, 938, 944, 945, 946, 947, 972, 975, 984, 997, 1024, 1030, 1031, 1032, 1041, 1048, 1060, 1061, 1062, 1066, 1071, 1074, 1075, 1078, 1086, 1087, 1093, 1098, 1100, 1106, 1108, 1110, 1113, 1116, 1138, 1140, 1142, 1146, 1178, 1218, 1262, 1283, 1286, 1287, 1290, 1295, 1296, 1297, 1306, 1310, 1312, 1313, 1344, 1345, 1350, 1358, 1372

33, 36, 39, 46, 52, 56, 73, 82, 133, 217, 218, 225, 233, 234, 235, 236, 240, 243, 253, 280, 282, 283, 293, 315, 321, 342, 347, 357, 370, 380, 387, 423, 424, 447, 464, 515, 516, 523, 541, 549, 653, 660, 670, 680, 681, 701, 715, 778, 801, 803, 812, 819, 877, 892, 893, 906, 911, 930, 940, 1130, 1139, 1156, 1182, 1215, 1231, 1234, 1235, 1247, 1248, 1261, 1278, 1331, 1355

B : 15, 25, 26, 38, 51, 52, 59, 62, 98, 120, 179, 223, 232, 255, 267, 273, 290, 301, 332, 360, 364, 380, 398, 447, 461, 474, 483, 493, 498, 505, 515

31, 50, 106, 110, 144, 145, 235, 292, 295, 314, 395, 424

C : 24, 51, 62, 102, 141, 145, 148, 153, 163, 175, 176, 185, 203, 205, 206, 209, 226, 292, 296, 305, 306, 307, 333, 339, 373, 389, 406, 460, 464, 478, 480, 482, 500, 512, 516, 531, 532, 537, 544, 556, 558, 559, 576, 583, 588, 591, 601, 612, 616, 677, 695, 707, 723, 735, 743, 749, 751, 761, 764, 767, 777, 782, 791, 802

32, 144, 155, 202, 268, 415, 530, 555, 586, 607, 627, 635, 698, 766

D : 19, 23, 55, 62, 82, 87, 131, 135, 137, 142, 155, 170, 181, 198, 206, 207, 208, 209, 219, 220, 225, 227, 229, 238, 240, 258, 276, 282, 320, 357, 359, 372, 413, 426, 446, 461, 469, 482, 502, 511, 528, 558, 572, 590, 598, 600, 603, 611

1, 38, 39, 75, 95, 102, 106, 113, 129, 130, 139, 143, 184, 189, 226, 231, 257, 265, 286, 314, 414, 420, 441, 489, 510

